

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

470

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert CAHUET

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris
Né le 18 Décembre 1909, à PARIS (Seine)

L'ALLAITEMENT MATERNEL
A LA CAMPAGNE

Président : M. Léon BINET, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Robert CAHUET

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

Né le 18 Décembre 1909, à PARIS (Seine)

L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA CAMPAGNE

Président : M. Léon BINET, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUJ FNEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RICHEZ	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

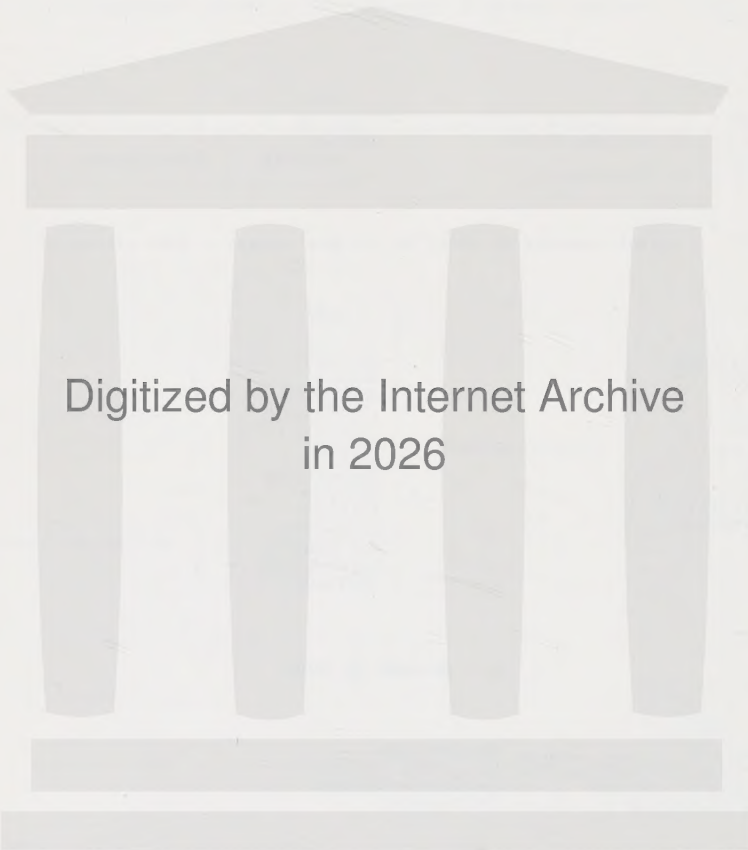
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Avec toute ma profonde et reconnaissante affection.

A MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR ALEXANDRE PETIT

Dont la vie offre, à ceux qui le continuent, l'exemple des plus hautes traditions médicales.

A MON CHER ONCLE

LE DOCTEUR PAUL PETIT

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A qui j'adresse, au début de ce modeste ouvrage, ma pensée et mon remerciement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire le grand honneur de présider cette thèse et dont l'extrême bienveillance m'a toujours suivi au cours de mes études.

Avec l'expression de ma respectueuse et très vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS CRUVEILHIER

de l'Institut Pasteur

Conseiller sanitaire technique adjoint

du Ministère de la Santé publique

Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France

En qui j'ai constamment trouvé le plus affectueux conseil et qui m'a fait comprendre, par l'exemple, la valeur des efforts de protection humaine et de perfectionnement social.

En reconnaissant hommage.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT (1928-1929)
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN (1929)

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR P. FREDET (1930)
MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN (1931)
MONSIEUR LE DOCTEUR BENSAUDE (1931)
MONSIEUR LE DOCTEUR PERON (1932)
MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON (1932-1933)
MONSIEUR LE DOCTEUR HERSCHER (1933-1934)
MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET (1934)
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE (1934-1935)

Externat en Premier :

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN (1935)
MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT DREYFUS (1935)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

*Membre de l'Académie de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux*

Qui, à l'occasion de cette thèse,
m'a donné, avec tant de bienveillance,
les plus précieux conseils.

L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA CAMPAGNE

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, d'étudier le rôle de l'allaitement maternel et le péril direct créé par l'absence de cet allaitement dans l'alimentation de l'enfant à la campagne. Mais il s'agirait là d'un aperçu bien incomplet si nous ne déterminions pas en même temps, la situation de l'allaitement maternel dans la France rurale d'aujourd'hui. Demeure-t-il généralisé dans toutes les régions ou bien, au contraire, doit-on constater son abandon plus ou moins marqué, et, dans ce cas, quelles en sont les causes ? A ces questions l'enquête récente, entreprise par Lesage et Cruveilhier auprès des médecins ruraux, sous les auspices du Comité National de l'Enfance, nous permettra de répondre.

Il est parfois courant de penser que la paysanne, aujourd'hui encore, allaite toujours ses enfants, trouvant en cela plus de facilités que la femme des villes. Sans doute était-ce vrai autrefois.

Nous n'avons pas à répéter ici un historique de l'allaitement maternel, que l'on trouvera développé dans de nombreux travaux. Rappelons simplement que, dès les périodes les plus reculées, nombreuses ont été les recommandations des législateurs et des philosophes pour que soit observée cette loi de nature. Mais, s'il fut des périodes où, dans toutes les classes et toutes

les sociétés, l'allaitement maternel connut une faveur générale, il y eut d'autres temps (de décadence ou de prospérité) où la remplaçante triompha dans les classes aisées et riches, et où l'allaitement maternel, considéré comme d'ordre inférieur et de pratique animale, fut réservé aux esclaves, aux femmes misérables, aux femmes servies. Cette tendance est très marquée au xvii^e siècle et au début du xviii^e, où une femme de qualité, allaitant elle-même son enfant, aurait fait œuvre vulgaire.

Dans le peuple, au contraire, les mères allaient : souvent même, elles prenaient la charge du nourrisson d'autrui. L'allaitement par biberon n'étant apparu, à titre d'exception, que vers le milieu du xviii^e siècle, le sein était pour la paysanne, le moyen le plus économique d'élever un enfant. Nous verrons qu'il en est autrement aujourd'hui.

A la fin du xviii^e siècle, après les dissertations de Desessartz et de Buffon, sur l'élevage des enfants, et sous l'impulsion de Rousseau, de Morny et de Beaumarchais, un fort mouvement de vogue remet en honneur, dans toutes les classes, l'allaitement maternel. Par une mesure, qui n'aura pas de suites, la Convention le déclare même obligatoire.

A la campagne, cependant, au courant du siècle dernier, l'allaitement artificiel, si dangereux encore par de négligentes pratiques, progresse. Il faut attendre l'année 1874, avec Roussel, pour qu'apparaissent les premières mesures légales de protection de l'enfance. Il faut que, plus tard, se produise l'énergique impulsion de puériculteurs comme Pinard, Budin, Tarnier, de législateurs comme Strauss, pour que le droit de l'enfant soit hautement proclamé. Avec la première consultation de nourrissons instituée par Budin en 1892, et la première « Goutte de Lait » créée à Fécamp, par Dufour, en 1905, commence la vulgarisation pratique de la puériculture. On attendra, néanmoins, plus de vingt ans encore pour que ces organisations, déjà répandues dans les villes, péné-

trent la campagne, et engagent une lutte efficace contre l'ignorance ou la paresse des mères. Cependant, rien n'a été fait pour l'aide pécuniaire aux nourrices avant la loi d'assistance du 17 juin 1913, dite loi Strauss, qui institua les premières primes d'allaitement.

Depuis, multiples ont été les mesures prises pour faciliter l'élevage au sein maternel. Ces mesures, dans les villes se sont remarquablement étendues. Les facilités de l'enseignement, le grand nombre des œuvres d'entraide mutuelle, ont aidé l'initiative publique et marqué des résultats heureux. Dans les milieux ruraux, au contraire, il a fallu entreprendre une lutte contre les préjugés, les traditions, l'égoïsme parfois : cette lutte a été rendue d'autant plus difficile que les populations se trouvaient dispersées davantage. Cependant, un effort a été suivi. Dans quelle mesure remplit-il son but chez le paysan ? Cette recherche fera l'objet de notre dernier chapitre, et nous permettra de conclure.

Nous envisagerons successivement :

- I. — *L'abandon du sein maternel et les périls mortels du premier âge.*
- II. — *La situation présente de l'allaitement maternel dans nos campagnes (d'après l'enquête de 1935).*
- III. — *Les efforts entrepris et ceux qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour favoriser l'allaitement dans les milieux ruraux.*

Avant de commencer cette étude, nous exprimons notre vive gratitude à M. le Docteur Lesage et à M. le Docteur Cruveilhier qui ont bien voulu nous donner l'idée de cette thèse, mettre à notre disposition les si précieux documents de l'enquête effectuée en juillet 1935 par le Comité National de l'Enfance et nous com-

muniquer avec une extrême bienveillance, des documents complémentaires personnels ou inédits.

Notre reconnaissance s'adresse en même temps à M. le Professeur Léon Binet, qui nous a fait l'honneur de s'intéresser à ce travail et n'a cessé d'encourager notre effort.

CHAPITRE PREMIER

L'ABANDON DU SEIN MATERNEL ET LES PERILS MORTELS DU PREMIER AGE

I

La mortalité infantile et ses causes à la campagne et dans les villes

La mortalité infantile, que devrait normalement réduire la vie, plus aérée et plus calme, de la campagne, apparaît au moins aussi forte dans les régions rurales que dans les régions urbaines.

Bien des campagnes imposent à l'enfant des conditions de première existence telles que, peu ou point surveillé, il se trouve surtout mal nourri. Nous verrons plus loin l'intérêt de ce problème de l'alimentation pour l'enfant du premier âge. Mais il faut observer tout de suite que l'action bienfaisante du grand air ne suffit pas à enrayer une mortalité infantile dont le taux reste élevé. Dans les villes, au contraire, le développement des œuvres de protection maternelle et infantile, joint à une politique féconde d'urbanisme et d'hygiène, a contribué à réduire cette mortalité. Il convient donc d'étudier la question par comparaison entre les milieux ruraux et les centres urbains ou industriels.

Peu d'années avant la guerre, le Docteur Louis Cruveilhier, consacrant à ce problème un travail très documenté, a conclu que, pour les enfants de moins d'un an, la mortalité est bien souvent aussi élevée, et quelquefois même plus élevée, à la campagne que dans les agglomérations citadines et industrielles. L'auteur a particulièrement étudié les arrondissements de *Nice*, de *Besançon*, de *Nîmes*, de *Saint-Malo*, de *Guéret* et de *Limoges*. Rapportant le pourcentage des décès de moins d'un an aux naissances pour une période de sept années, il a dressé, en tableaux, la liste des communes de chaque arrondissement par ordre décroissant du taux moyen de mortalité. L'étude de ces tableaux montre avec quelle fréquence des communes de moins de six cents habitants et même de moins de trois cents, ont une mortalité proportionnellement supérieure à celle de fortes agglomérations urbaines.

C'est ainsi que *Nice* n'occupe que le vingt-neuvième rang de mortalité, *Besançon* le soixante-deuxième, *Saint-Malo*, le trente et unième, *Guéret*, le vingt-huitième, *Limoges* le vingt-cinquième et *Nîmes* le quinzième.

Des constatations ultérieures n'ont fait que confirmer cette enquête. Pour citer quelques chiffres, reportons-nous au tableau suivant :

MORTALITÉ		MORTALITÉ	
Nice (ville)	5 %	Alpes-M ^{mes} (camp.)	10 %
Ain (ville)	4 %	campagne ..	36 %
Doubs (Besançon)	21 %	— ..	44 %
Limoges	14 %	— ..	22 %
Nîmes	22 %	— ..	35 %
Paris 1913	9 %	Seine (campagne).	12 %
Paris 1916	11 %	Seine (campagne).	13 %

D'après le rapport de 1919, une même constatation a été faite en Angleterre. La mortalité s'y trouve plus

élevée à la campagne qu'à la ville, surtout pour le premier mois.

Même situation dans tous les pays, sauf en Nouvelle-Zélande où l'inverse a été constaté, ce qui tient à la protection, fort bien conçue, de l'enfant du premier âge dans les campagnes.

Pour revenir à la France, reprenons les indications de l'enquête de Cruveilhier. L'auteur a considéré, d'une part, des départements essentiellement agricoles, c'est-à-dire ceux dont 50 % au moins de la population active masculine est occupée dans l'agriculture, d'autre part des départements essentiellement industriels, dont plus de 40 % de la population active totale est occupée par l'industrie ; enfin un groupe mixte intermédiaire.

Sur les neuf départements dont la mortalité infantile est la plus élevée, on compte sept départements ruraux et deux dont le caractère est nettement industriel.

Le tableau, par ordre de mortalité infantile décroissante, montre que le département des *Hautes-Alpes* qui occupe le premier rang est un des quatre départements où le chiffre de la population agricole dépasse le plus nettement le chiffre de la population industrielle.

Dans le *Lot*, qui est celui de tous les départements où la population agricole est la plus importante, ainsi que dans les départements essentiellement ruraux, des *Basses-Alpes*, de la *Lozère*, de l'*Aveyron*, de la *Sarthe*, du *Tarn-et-Garonne*, la mortalité est proportionnellement plus élevée que dans le département du *Nord*. Celui-ci où domine l'élément industriel, n'occupe que le vingt-sixième rang du tableau, tandis que le *Rhône* occupe le quarante-troisième rang, le *Pas-de-Calais*, et la *Haute-Marne*, tenant les cinquante et unième et soixante-huitième rangs.

Depuis 1908, date de cette enquête, les conditions économiques et industrielles, dans notre pays, ont bien changé. Il y a eu l'exode des campagnes vers les villes ;

il est bien difficile aujourd'hui de donner à un département un caractère nettement rural ou industriel ; la population est mixte le plus souvent.

Si, à titre d'indication, on considère cependant les taux moyens de mortalité infantile pour 1.000 naissances, en 1932 et 1933, on a, pour les sept départements dont les chiffres sont les plus élevés, le tableau suivant :

Taux moyens de mortalité infantile pour 1.000 naissances vivantes en 1932 et 1933 :

Pas-de-Calais	101,6
Haute-Loire	100,2
Seine-Inférieure	94,8
Ille-et-Vilaine	92,5
Côtes-du-Nord	90,8
Cantal	90,8
Morbihan	88,3

Il est hors de doute que si le *Pas-de-Calais* et la *Seine-Inférieure* sont des départements nettement industriels, les cinq autres : *Haute-Loire*, *Ille-et-Vilaine*, *Côtes-du-Nord*, *Cantal* et *Morbihan*, sont des régions à population agricole dominante.

Ceci ne vaut qu'à titre d'indication, mais cette indication appuie les témoignages qui permettent d'affirmer qu'à l'heure actuelle, comme il y a vingt-cinq ans, l'enfant de la campagne meurt autant, et parfois plus, que le nourrisson des villes.

*
* *

Il est malaisé de chiffrer par des statistiques exactes, les causes de la mortalité des nourrissons dans les campagnes. Nombreux sont, en effet, les cas où le diagnostic reste incertain : le médecin est appelé trop tard ; l'enfant est souvent déjà à l'agonie ; il succombe parfois sans aucun secours. Dès lors, il devient difficile d'établir les causes de mort, d'après les renseignements fournis par la famille. et sans le contrôle d'une autopsie.

Quels sont néanmoins, dans les cas où il est possible d'obtenir une statistique suffisamment vérifiée, les périls mortels qui menacent le plus souvent un nourrisson ? Le Professeur G. Mouriquand, de Lyon, les a bien individualisés quand il dénonce comme causes majeures de la mortalité infantile, les trois périls alimentaire, congénital, infectieux et c'est leur prévention qu'il convient tout d'abord de pouvoir réaliser. La valeur de leur taux respectif est indiquée de façon variable selon les auteurs, les années et les milieux. Toujours, le péril alimentaire aura un chiffre élevé. Si nous le considérons particulièrement, nous dirons qu'il résume les fautes de toutes sortes qui peuvent être commises dans l'alimentation du petit enfant. Ces fautes sont trop fréquentes à la campagne. Et la mortalité qui en résulte comprend les décès attribuables plus ou moins directement aux troubles digestifs aigus ou chroniques et aux troubles de la nutrition qui sont la conséquence de ces troubles digestifs.

Marfan évaluait, en 1917, au quart des décès globaux des enfants de 0 à 1 an la proportion relevant de la diarrhée cholériforme.

Les statistiques déjà anciennes de Balestre et Giletta de Saint-Joseph, de Juillerat et Fillassier, de Nobécourt et Schreiber, portant sur Paris et les principales villes de France, donnaient aux troubles digestifs une importance variant entre le tiers et le cinquième de ces mêmes décès.

En ce qui concerne les milieux ruraux, nous ferons état ici de deux enquêtes :

L'une effectuée dans les années qui ont précédé immédiatement la guerre, par le Docteur Florentin, concerne l'arrondissement de Langres.

L'autre, récente, a été pratiqué sous les auspices de la Société des Nations, par R. Debré, Joannon et M^{me} Crémieux-Alcan, en 1927-1928, dans les districts ruraux de Normandie et de Touraine.

Il résulte de la première enquête que, sur 567 décès

de nourrissons, de causes connues, autres que la débilité congénitale, on compte :

Décès par troubles digestifs	348
— — affections des voies respiratoires	136
— — maladies contagieuses	41
— — maladies héréditaires	15
— de causes diverses, accidents.....	27
	567

En établissant des moyennes sur 100 décès de causes connues autres que la débilité congénitale, on arrive, en comparant ces résultats à ceux déjà obtenus, par divers enquêteurs, dans les milieux urbain et ouvrier au tableau suivant.

	Population rurale	Population urbaine	Population ouvrière
Troubles digestifs.....	61,3	48	56,7
Affections broncho - pulmo- naires	23,9	18,4	38,1
Maladies contagieuses	7,2	6,2	
— héréditaires	2,6		
— diverses et accidents	4,7		

On voit, d'après ces tableaux, l'importance du péril alimentaire, particulièrement marqué à la campagne, surtout à une époque où les méthodes en usage pour l'alimentation et l'élevage du nourrisson doivent être pratiquées, dans des conditions particulièrement défectueuses. Par la suite, le nombre des décès par troubles digestifs semble avoir diminué : les autres causes de décès, en particulier débilité congénitale et prématuration dans les premiers mois, maladies infectieuses dans les derniers mois de la première année, prennent une importance croissante.

Nous avons déjà insisté sur la nécessité pour tout établissement d'enquête, d'une grande précision de

diagnostic et d'un contrôle soigneux de chacun des cas envisagés. Cette précision et ce contrôle ont été apportés à l'étude des conditions de mortalité infantile dans les milieux ruraux français, étude faite avec une technique rigoureuse sous l'égide du *Comité d'Hygiène de la Société des Nations*, en 1927-1928. C'est la seconde enquête que nous avons annoncée :

En recherchant ici les causes de décès de 557 nourrissons de 0 à 1 an, on obtient par ordre de fréquence la répartition suivante, concernant les districts ruraux de *Touraine* et *Normandie* (pays de Bray et pays de Caux, Lochois et Chinonais).

Maladies infectieuses, spécifiques et autres.....	39,4 %
Troubles digestifs et troubles de la nutrition liés à l'alimentation	18,1 %
Prématuration et débilité.....	12,4 %
Maladies non microbiennes.....	4,2 %
Malformations congénitales	3,6 %
Traumatismes obstétricaux	3,3 %
Accidents graves et autres causes (déterminées).....	2,5 %
Décès inexpliqués par défaut d'enquête ou inexpli- cables malgré l'enquête.....	16,5 %

Le péril infectieux est ici dominant. Or il s'agit de voir dans quelles proportions le péril alimentaire, qui reste très élevé, influe sur la mortalité, en tenant compte d'un facteur essentiel : les mois d'âge du nourrisson. Seule aura en effet une valeur réelle une statistique qui rapportera les causes de décès à la diversité des âges au cours de la première année.

On sait que la plus forte proportion de décès survient au cours du premier mois et des mois immédiatement consécutifs. Des proportions qui résultent des chiffres de la statistique générale, établis de 1901 à 1913, et qui avaient été indiqués par Budin, et rappelés par Wallich et Couvelaire, il résulte que, sur 100 enfants décédés au cours de la première année, 12 à 14 meurent avant le cinquième jour, 30 à 35, le

tiers environ, avant la fin du premier mois, 50 à 60, soit un peu plus de la moitié, avant la fin du troisième mois. Et ces chiffres se sont encore élevés pendant la guerre.

Si l'enquête de 1927 marque un taux aussi fort pour le péril infectieux, il est bien évident que ce péril n'apparaît prépondérant qu'à partir du sixième mois. Il semble, en effet, que, dans les six premiers mois de la vie, l'enfant soit protégé par une véritable immunité, transmise par la mère ou personnelle à l'être tout jeune. Par contre, comme en témoigne le tableau suivant, c'est au cours de ce premier semestre de l'existence que le péril alimentaire s'affirme le plus redoutable.

Répartition, entre les quatre premiers trimestres de la vie, de la mortalité liée au péril alimentaire et au péril infectieux

(Pays de Bray et pays de Caux)

	1 ^{er} trim.	2 ^e trim.	3 ^e trim.	4 ^e trim.
Péril alimentaire.....	56 %	27 %	13 %	3 %
Péril infectieux.....	36 %	18 %	25 %	19 %

La recherche, dans ces mêmes pays de Bray et de Caux, des fautes d'alimentation qui compliquent ce péril alimentaire, et qui s'aggravent si souvent dans les campagnes de fautes d'élevage (défaut d'hygiène générale), a montré que 25,5 % des décès qui en résultent seraient évitables.

En conclusion, le nourrisson des campagnes, dans les premiers mois de sa vie, en dehors des causes d'ordre congénital, est essentiellement exposé au péril alimentaire. Or, nous avons parlé de fautes évitables. De toutes celles qui contribuent à augmenter la mortalité infantile, la première, celle contre quoi l'action concertée pourra et devra être efficace, est la *privation du sein maternel*.

II

En milieu rural Mortalité comparée des nourrissons au sein et au biberon

Il est intéressant de déterminer les rapports entre la fréquence de l'allaitement maternel et la diminution du péril alimentaire. Les statistiques ont toujours montré que la mortalité des enfants de moins d'un an est d'autant plus forte, dans un pays donné, que l'allaitement maternel y est moins répandu. En *Norvège*, en *Suède*, en *Irlande*, où la plupart des mères allaitent leurs enfants, la mortalité est inférieure à 10 % ; cette mortalité, lorsque les mères émigrent et conservent cette habitude de nourrir au sein, reste identique. Aux *Etats-Unis* par exemple, on comptera 8 % de mortalité chez les enfants de 0 à un an, dont les mères sont d'origine scandinave et plus de 9 % lorsqu'elles sont d'origine allemande.

L'*Allemagne* et la *Hongrie* sont peu favorisées en ce qui concerne l'allaitement maternel. Malgré toutes les œuvres d'hygiène infantile on a noté dans ces pays la mortalité du premier âge la plus élevée.

En *France*, la situation est intermédiaire. Le péril alimentaire, dont nous avons vu la gravité dans le premier semestre de la vie, reste toujours faible lorsque l'allaitement maternel est très répandu. Par contre, il devient redoutable lorsque, privé du sein, l'enfant est soumis à l'allaitement artificiel, dans des conditions économiques plus ou moins défavorables, particulièrement en des milieux ruraux où l'ignorance et les mauvaises traditions s'aggravent de l'absence d'hygiène.

Des statistiques, déjà anciennes, ont témoigné que, au temps où elles furent établies, l'allaitement maternel marquait sa supériorité par une mortalité trois ou quatre fois plus faible que celle des enfants privés du

sein aussitôt ou peu après leur naissance. Dans le Canton de Paimpol, en 1905 et 1908, Variot et Thierry admettent chez les enfants nourris au sein une mortalité de 36,5 pour 1.000, contre 164 pour 1.000 chez les enfants au biberon. Les statistiques de Péduran, dans le Tarn-et-Garonne, donnent les proportions suivantes : 92 pour 1.000 (sein) contre 367 pour 1.000 (biberon). Budin, citant une statistique du *Bureau d'hygiène de Rouen*, en 1903, évaluait la mortalité des enfants nourris au sein à 42 pour 1.000, celle des enfants au biberon à 160 pour 1.000.

Sans doute il s'agit là d'observations faites avant que les conditions de l'élevage des enfants se fussent améliorées à la campagne. Depuis lors, la loi du 6 avril 1910, en interdisant les biberons à tube, a permis la suppression d'un foyer de culture ; l'hygiène a fait des progrès marqués. Longtemps encore, néanmoins, par ignorance persistante, les conditions de l'allaitement artificiel sont restées défavorables, les fautes de technique dans l'allaitement maternel, dangereuses.

Peu avant la guerre, l'*Enquête de Langres* a fourni les statistiques suivantes :

Sur 1.522 enfants, 204 décès donnaient la répartition suivante :

Enfants nourris au sein :

de façon continue	94	pour 1.000
plus de 3 mois (3 à 12 mois) ..	76	— 1.000
moins de 3 mois	83	— 1.000
<i>Nourris au biberon exclusif</i>	166	— 1.000

Ces chiffres témoignent que, plus l'allaitement maternel s'est prolongé, plus le nourrisson a eu des chances de survie. On a noté, d'autre part, que, sur 241 enfants dont le décès a été attribué à la gastro-entérite, 22 seulement (9,1 %) avaient été nourris au sein de façon continue, d'où un péril alimentaire près de dix fois plus fréquent chez le nourrisson au biberon que chez le nourrisson au sein maternel.

Vingt-cinq ans plus tard, ce péril alimentaire domine encore, pendant les premiers mois de la vie ; il semble fonction de ces deux causes principales trop fréquentes en milieu rural : abandon de l'allaitement maternel ; défauts de l'allaitement artificiel.

L'enquête de 1927-1928 a montré, en effet, que, dans le *Pays de Bray*, 74 % des enfants décédés n'avaient jamais été nourris au sein maternel. Dans le *Pays de Caux*, 55 % des enfants décédés étaient à l'allaitement artificiel ; en *Touraine* (Lochois et Chionnais) 56 %.

On a maintes fois répété les caractéristiques du nourrisson élevé au sein maternel et qui est le type même du bel enfant gai et bien en chair. Observons simplement que, si le biberon permet d'obtenir de gros enfants, poids et volume signifient peu de chose car le meilleur test de santé est la résistance à la maladie. La mortalité infantile est moindre avec l'allaitement au sein parce qu'un allaitement artificiel, même bien conçu, ne peut remplacer le lait maternel, aliment spécifique et vivant, doué de facultés propres de digestion, assimilation et utilisation.

Ce lait humain immunise l'organisme contre les infections ou les intoxications, les épidémies de rougeole, de coqueluche ou de grippe. Surtout, les troubles digestifs seront bénins dans un cas, mortels dans l'autre. Nous préciserons plus loin les facteurs d'infériorité que présente, surtout à la campagne, un allaitement artificiel. Notons dès maintenant que son caractère non spécifique, sa facilité de corruption microbienne, ses propriétés toxiques fréquentes, fonction des pâtures des bêtes ou de leur alimentation faite en certaines régions de résidus industriels, les falsifications frauduleuses auxquelles il peut être exposé, favorisent, en période chaude principalement (mois de juillet et août) les troubles intestinaux, diarrhée, gastro-entérites, alors que les diarrhées graves sont absolument exceptionnelles chez les enfants nourris exclu-

sivement au sein. Non seulement la mortalité est moindre chez ces derniers, mais comme le fait remarquer Marfan : « *les enfants privés du sein qui échappent à la mort, sont, par la suite, moins vigoureux, plus petits de taille, plus exposés aux troubles digestifs, moins résistants à la tuberculose et plus réceptifs aux maladies infectieuses aiguës, que ceux qui ont été nourris au sein* ».

On voit donc l'utilité de la campagne en faveur de l'allaitement au sein, élément essentiel de lutte contre la mortalité infantile. Nous avons fait état d'arguments tirés d'observations pratiquées en milieu rural. Nous allons maintenant envisager, du point de vue général, dans quelles proportions cet effort se justifie aujourd'hui pour la France entière.

III

Mortalité infantile en France et à l'Etranger

Chaque année, il meurt en France de 50.000 à 60.000 enfants, de zéro à un an. Si l'on considère les statistiques publiées tant en France qu'à l'étranger, on constate que la mortalité infantile est plus élevée et la natalité plus faible dans notre pays que chez d'autres peuples de l'Europe.

Si, cependant, on étudie comparativement, en France et dans les principales nations d'Europe, l'effort poursuivi, pendant le dernier demi-siècle, à la fois pour diminuer cette mortalité infantile et pour lutter contre cet affaiblissement de la natalité, on doit avouer qu'il a été remarquable dans notre pays.

De 1851 à 1855, en effet, alors qu'en *Angleterre* il meurt 156 enfants, pour 1.000 naissances vivantes, en *Belgique* 152, en *Suède* 149, au *Danemark* 134 et en *Norvège* 105, la *France* perd 166 nourrissons.

Cette situation s'aggrave encore dans la période 1866-1870 (177 pour 1.000) et ce n'est qu'en 1896-

1900 qu'il s'opère une amélioration nette, sans qu'il puisse cependant être parlé de diminution de mortalité par rapport aux pays précités (158 pour 1.000).

Dans la période suivante, 1901-1905, et l'année 1912, le chiffre de la mortalité infantile décroît, passant successivement à 139, puis à 106 décès pour 1.000 naissances. Les autres pays européens ont des situations variables par rapport à la nôtre.

L'étude comparative des mortalités infantiles des divers pays en 1922, montre que, si la mortalité de la *France* (85 pour 1.000 naissances) est encore supérieure à celle de l'*Angleterre* (77), de la *Suède* (63), de la *Norvège* (55), elle est égale à celle du *Danemark* (85), plus faible que celles de la *Belgique* (107), de l'*Ecosse* (101), et de la *Finlande* (108), beaucoup plus faible que celles de la *Roumanie* (207), de l'*Italie* (126), de la *Hongrie* (200), de l'*Autriche* (152), de l'*Allemagne* (130).

Depuis cette période, la situation s'est encore améliorée. La *France* a perdu moins d'enfants en 1927 (83,5 pour 1.000 naissances), en 1932 (76,4), en 1933 (74,7). Il y a donc eu amélioration manifeste, grâce aux efforts et à la lutte entreprise depuis cinquante ans.

Par contre, notre natalité a continué à décroître, bien que plus lentement. En 1933, son taux était de 16,3 naissances vivantes pour 1.000 habitants de tout âge, contre 17,3 en 1932, 18,1 en 1927, 18,9 en 1925 (en 1851-55 elle avait atteint le taux de 26,1 et en 1896-1900, le taux de 22,0).

Si, en ces vingt dernières années, la natalité est en moindre diminution chez nous que chez les autres peuples de l'Europe et si la France a cessé d'être aujourd'hui le pays des plus faibles naissances, il n'en reste pas moins que, sur 24 nations européennes, six seulement marquent une natalité inférieure à la nôtre, ce qui nous place dans l'ensemble au dix-huitième rang. Il est aisé de concevoir combien se trouve me-

né l'avenir de la race française, devant la concurrence vitale de voisins plus prolifiques ou mieux défendus contre la maladie ou la mort.

S'il est difficile d'influencer la natalité, surtout dans les conditions économiques actuelles — et un effort marqué a été entrepris cependant — on peut agir sur la mortalité infantile. Contre elle, les mesures prises depuis le milieu du siècle dernier, ont permis d'agir avec efficacité.

Il faut multiplier les efforts pour améliorer sans cesse les résultats acquis.

A la ville, avons-nous déjà dit, il existe un développement souvent remarquable des mesures de protection maternelle et infantile. A la campagne, le paysan, plus isolé, est plus deshérité aussi. Nous avons vu que la mortalité infantile, surtout dans quelques départements désavantagés, était souvent aussi forte, et parfois plus forte dans les milieux ruraux, que dans les milieux urbains ou industriels ; nous avons dit également l'importance du péril alimentaire au cours des premiers mois de la vie, ce péril alimentaire tenant si souvent, pour l'enfant des campagnes, à la privation du sein maternel. C'est cette situation que nous nous proposons d'étudier en détail dans les régions rurales. C'est elle, en effet, qui s'impose à l'attention et aux vigilances dès qu'il s'agit d'exercer une action efficace contre la mortalité du nourrisson. Nous allons, dans les chapitres qui vont suivre, dépouiller les résultats d'une enquête organisée dans ces milieux désavantagés que sont les milieux ruraux, enquête qui nous renseignera sur la situation actuelle de l'allaitement maternel dans les campagnes de France. Les résultats de cette information mis au clair, nous rechercherons quelles méthodes ont été employées jusqu'à présent, par les initiatives publiques et privées, pour faciliter et développer l'allaitement maternel à la campagne.

Comme toutes méthodes, celles que l'on a choisies offriront des avantages et des défauts ou difficultés

d'application. Nous dégagerons les conclusions qui nous paraissent s'imposer. Mais, dès à présent, nous pouvons dire que plus l'action entreprise dans cette voie sera agissante, plus on aura de possibilités de lutte contre cette mortalité, encore trop grande en France, de l'enfant du premier âge.

CHAPITRE II

L'ENQUETE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LA FRANCE RURALE

I

LES ELEMENTS D'ENQUETE

Nous tenterons, au cours de ce chapitre, d'exposer la situation de l'allaitement maternel dans les milieux ruraux. Particulièrement, nous rechercherons si l'ensemble des indications récentes obtenues dans ces milieux permettent, et dans quelle mesure, de se prononcer sur la question suivante : l'allaitement direct au sein est-il aujourd'hui en diminution ou en augmentation dans les campagnes ?

Bien entendu, on ne saurait prétendre ici présenter des chiffres d'une rigueur mathématique. Cela, pour la France entière, supposerait l'abstraction de difficultés matérielles quasi insurmontables. Ce qu'il importe, c'est d'avoir un nombre de sondages suffisants pour justifier des conclusions générales.

Dans ce but, nous utiliserons essentiellement l'enquête effectuée, en juillet 1935, sous les auspices du *Comité National de l'Enfance*, par A. Lesage et L. Cruveilhier. Cette enquête a été faite auprès des médecins des départements, exerçant à la campagne ou résidant en des localités comptant moins de 5.000 ha-

bitants. Elle porte sur les enfants des milieux ruraux, en dehors des enfants assistés ou protégés, dont la situation est très particulière.

Les réponses au questionnaire qui fut alors envoyé ont été fort nombreuses: près de sept cents. Leur intérêt est double: elles portent sur tous les départements, elles renseignent sur chaque province. Il sera donc précieux d'en faire état pour déterminer la situation présente de l'allaitement maternel dans les campagnes.

Aujourd'hui d'ailleurs, où la population rurale diminue au profit de la population urbaine, nous trouverons fréquemment des régions mixtes, agricoles et industrielles. Nous tiendrons compte de ce fait dans la recherche des causes d'abandon ou de progrès de l'allaitement maternel. Ces causes sont multiples et méritent une étude détaillée: nous les trouverons exposées dans l'enquête récente, où se développent les éléments indicatifs des enquêtes locales antérieures.

Nous envisagerons enfin, par grandes régions économiques et de peuplement, la situation présente et le rôle joué par les divers facteurs économique, philanthropique, législatif.

II

RESULTATS DE L'ENQUETE

Les réponses obtenues peuvent se répartir en trois groupes.

1^{er} groupe: conclut à la diminution de l'allaitement au sein, qu'il s'agisse d'un abandon complet ou d'un abandon partiel: nombreux, en effet, sont les cas d'allaitement mixte ou artificiel d'emblée, ou de sevrage précoce au 3^e ou 4^e mois.

2^e groupe: conclut au progrès du sein maternel.

3^e groupe: constate un *statu quo*.

Examinons d'abord les deux premiers groupes de réponses. De leur étude, un premier enseignement se dégage: dans toute la France rurale, en 1935, s'affirme *une diminution générale de l'allaitement maternel*.

Nous avons présenté, en un tableau (I), le pourcentage comparatif des réponses venues des divers points de chaque région. Si nous considérons ce tableau, en allant des situations jugées le plus favorables aux situations estimées le plus défavorables, autrement dit si nous nous basons sur l'indication que nous donnent les pourcentages comparés des réponses, pour déterminer la diminution croissante de l'allaitement maternel, que constatons-nous?

La situation la plus privilégiée se présente, semble-t-il, dans *le Maine et l'Anjou*: 12,5 % seulement des réponses constatent une diminution, mais 50 % attestent le progrès du sein maternel.

Viennent ensuite *l'Artois et la Picardie, la Bourgogne et le Nivernais*, où la diminution ne l'emporte que faiblement dans l'ensemble, l'augmentation se réalisant en certains points. Dans *la Normandie*, 32 % des réponses constatent la diminution; mais l'augmentation s'y indique encore plus fréquente puisqu'elle est signalée par 44 % des réponses.

En dehors de ces cas, — comme le tableau I le fait ressortir, — la diminution de l'allaitement maternel est partout dénoncée avec une fréquence croissante, tandis que l'augmentation reste modérée ou presque insignifiante.

Ainsi constaterons-nous des situations de plus en plus défavorables dans *la Champagne, le Jura et la Franche-Comté, la Lorraine et l'Alsace, le Berri, la Marche et le Limousin*. Le taux des réponses s'étage entre 40 et 50 %, pour déterminer la situation inquiétante de *l'Orléanais et de la Touraine, de la Guyenne et de la Gascogne, du Dauphiné et du Massif Central, du Languedoc et du Roussillon, de la Bretagne*.

I. - Tableau indicatif de la situation de l'allaitement maternel dans la France rurale, d'après les résultats de l'enquête 1930.

(Les pourcentages comparatifs des réponses venant des divers points de chaque région donnent, pour chacune en son ensemble, les chiffres suivants)

Provinces et Régions de Peuplement Liste établie dans l'ordre de la Diminution croissante de l'allaitement maternel.		Allaitement maternel Pourcentage des réponses constatant		
		Dimi- nution	Augmen- tation	Statu quo
1	Maine et Anjou	12,5	50	37,5
2	Artois et Picardie	26,2	23,8	50
3	Bourgogne, Nivernais	30,4	26	43,6
4	Normandie	32	44	24
5	Champagne	36	12	52
6	Jura et Franche-Comté	38	23,8	38,2
7	Lorraine et Alsace	38	16	46
8	Berry, Marche, Limousin	40,7	11,1	48,2
9	Orléanais et Touraine	42,8	25	32,2
10	Guyenne et Gascogne	42,8	14,2	43
11	Dauphiné	45	25	30
12	Massif Central, Bourbonnais, Auver- gne	45,4	9	45,6
13	Languedoc, Roussillon	46,3	17	36,7
14	Bretagne	46,5	9,3	44,2
15	Poitou et Angoumois	50	7,8	42,2
16	Bassin Parisien, Ile-de-France	53,8	17,9	28,3
17	Provence, Comtat Venaissin, Comté de Nice	55	13,8	21,2
18	Béarn	56,2		43,8
19	Vallée du Rhône	64,2	14,2	21,6
20	Corse	Statu quo.		

Nous atteignons enfin des pourcentages vraiment impressionnants, en ce qui concerne *le Poitou et l'Angoumois* (50 % attestent la diminution), *la Provence, le Comtat Venaissin, le Comté de Nice* (55 %), *le Béarn* (56,2 %). — Dans *la Vallée du Rhône* enfin, la situation semble la plus mauvaise: plus de 64 % des réponses affirment la défaveur de l'allaitement maternel contre 14,2 % qui marquent une augmentation.

Il résulte de cet exposé, qu'il ne se trouve actuellement aucune grande région de peuplement, dans la France rurale, où une décroissance de l'allaitement maternel ne soit signalée. — En deux pays seulement: *la Normandie, le Maine et l'Anjou*, une augmentation réelle contraste avec la décroissance indiquée partout ailleurs.

C'est volontairement que nous avons mis à part un dernier groupe de réponses: celles-ci traduisent un *statu quo*. Tantôt c'est la majorité des enfants qui est au sein maternel, tantôt c'est la minorité, les chiffres restant constants. En utilisant ces indications et en les rapprochant des chiffres qui, dans les groupes précédents, marquent une évolution, il sera possible d'attribuer globalement à chaque grande région de peuplement une situation, soit favorable, soit défavorable de l'allaitement maternel, ce qui nous permettra de conclure.

Ainsi déterminé, le problème de l'allaitement à la campagne conduit naturellement à rechercher les causes d'un abandon aussi généralement constaté.

L'enquête du Comité National de l'Enfance (1935), dont nous avons indiqué sommairement les résultats, confirme les enquêtes locales antérieures, notamment celle du Comité d'Hygiène de la Société des Nations, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre précédent.

Rappelons simplement ici qu'aux termes de cette dernière enquête, le dossier des enfants décédés dans les districts ruraux de Normandie et de Touraine té-

moigne de la prédominance, pour l'allaitement, du biberon sur le sein maternel.

Dès avant 1914, mais surtout depuis cette époque, qui établit comme une coupure dans l'histoire de la vie économique et sociale, les événements et des éléments d'évolution créant des conditions nouvelles d'existence ont agi sur les foyers ruraux.

a) *La guerre* a permis à la femme de jouer un rôle essentiel à la ferme et aux champs, où elle dut remplacer l'homme absent et où elle tient maintenant le rôle de l'ouvrier agricole, quand le petit exploitant ne peut ou ne veut faire les frais de la main-d'œuvre.

b) *Le « modernisme »*, pénétrant les campagnes reculées, a mis, dans nombre d'endroits, à la portée des paysans, des facilités de vie qui, jusque-là, n'appartenaient qu'aux villes. Il en est résulté un abandon de certaines traditions familiales.

c) *Les lois sociales* ont assuré la protection de la mère et de l'enfant. L'effort privé a aidé l'effort public en encourageant la natalité et l'allaitement maternel. Nous verrons que la portée de ces efforts reste limitée au petit nombre dans les milieux ruraux.

d) *L'alimentation artificielle* a fait des progrès considérables.

e) *La crise actuelle et le chômage*, ces dernières années, en bouleversant l'économie de familles entières, ont influé sur les conditions d'élevage du nourrisson.

f) *La puériculture* enfin a été vulgarisée par des moyens multiples. Mais il reste à faire considérablement dans ce domaine, car l'ignorance et les superstitions sont tenaces.

Des sept cents réponses que le Comité National de l'Enfance a recueillies en son enquête de 1935,

25 % donnent pour cause de la diminution de l'al-

laitement maternel une agalactie ou hypogalactie de la femme;

21,5 % accusent le travail des champs;

17,5 % indiquent des causes d'ordre moral qui relèvent des facteurs nouveaux précédemment indiqués.

Ces causes primordiales se répètent régulièrement au cours de l'enquête. Elles varient cependant selon les régions.

Dans l'*Ouest de la France* (voir tableau II), la situation est relativement la meilleure: 33,6 % des réponses constatent la diminution de l'allaitement maternel contre 29,3 % attestant son augmentation. La cause dominante de la diminution est le *travail des femmes* (26 % des réponses). L'*agalactie* est rarement invoquée (8,6 %). Les causes d'ordre *moral* sont signalées (22,8 %).

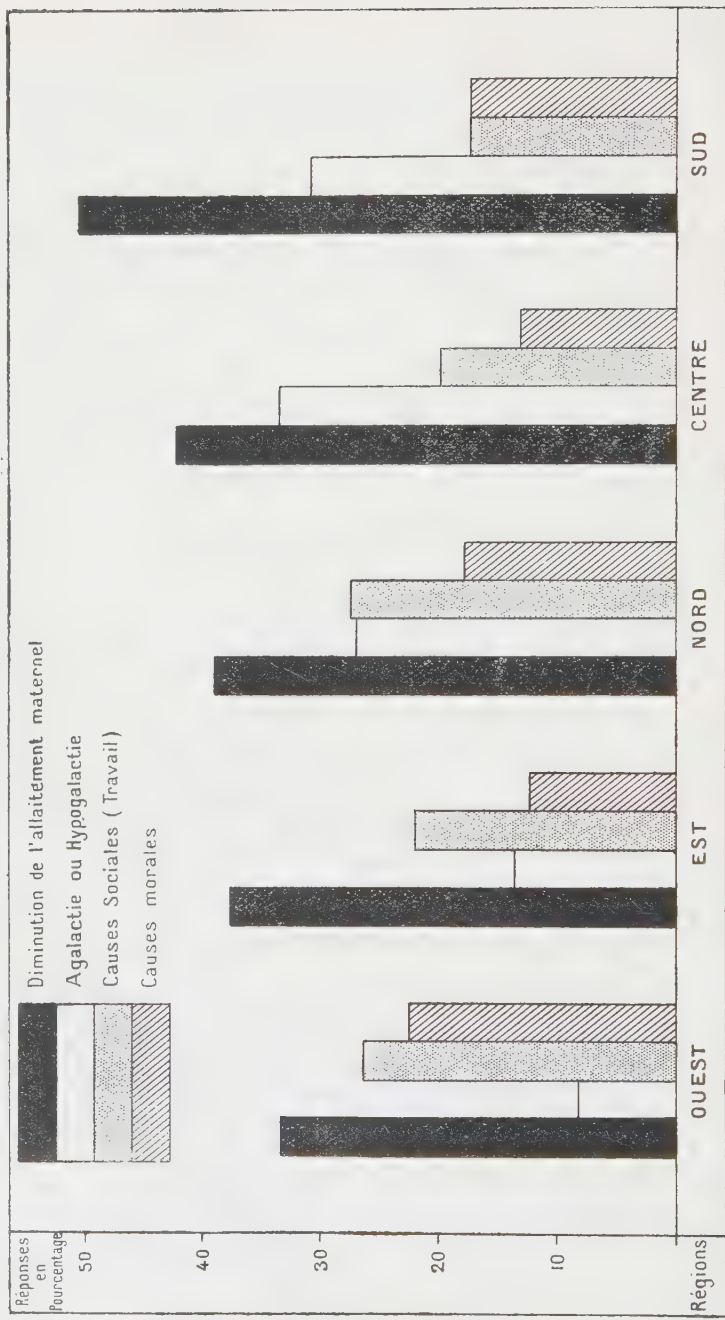
Dans le *Sud de la France* au contraire, la situation est particulièrement défavorable: 51 % des réponses traduisent la décroissance de l'allaitement maternel, 15 % seulement son augmentation. Ici la cause dominante est l'*agalactie*, que dénoncent 31,4 % des réponses. *Travail* et *causes morales* sont à égalité et deux fois moins souvent signalées que l'*agalactie*.

En comparant les renseignements fournis sur l'ensemble de notre pays, on constate aisément que la diminution croissante de l'allaitement maternel, dans les différentes régions — et par ordre de défaveur, l'*Ouest*, l'*Est*, le *Nord*, le *Centre* et le *Sud* — trouve sa cause essentielle dans l'aggravation croissante de l'*agalactie*. Le travail des femmes apparaît, au contraire, comme un empêchement de moins en moins signalé. Un nombre variable de réponses invoque les causes d'ordre moral qui se répartissent sur toutes les grandes régions de peuplement.

Mais il est d'autres facteurs, encore, qui ne doivent pas être niés. Ce sont :

11. - Tableau indicatif des principales causes d'abandon de l'allaitement maternel,
selon leur importance

Schématisation des pourcentages des réponses à l'enquête 1935, rapportant pour chaque grande région
l'abandon du sein maternel à ses causes.



La diminution croissante de l'allaitement maternel répond généralement à une aggravation croissante de l'agalactie.

REGIONS Liste établie dans l'ordre de la Diminution croissante de l'Allaitement maternel.	Pourcentage des réponses constatant diminution de l'allaitement maternel	Causes d'abandon Pourcentages des réponses constatant		
		Agalactie	Travail	Cause ^s mora- les
Ouest. — Normandie, Maine et Anjou, Bretagne	33,6	8,6	26	22,8
Est. — Lorraine et Alsace. Jura. Franche-Comté.....	37,5	13,8	22,2	12,5
Nord. — Artois et Picardie. Bas- sin Parisien. Ile-de-France. Champagne	39,4	26,6	27,6	18
Centre. — Orléanais, Touraine. Berri. Marche. Limousin. Poi- tou et Angoumois. Bourgogne et Nivernais. Bourbonnais . Auvergne	42,7	34	20,2	13,7
Sud. — Guyenne et Gascogne. Béarn. Dauphiné. Vallée du Rhône. Provence. Languedoc. Roussillon	51	31,4	17,2	17,2

les *conseils intempestifs* de l'entourage,
les *traditions ou pratiques locales* si obstinées en-
core dans les campagnes,
la *propagande des laits artificiels*,
les *facilités locales d'obtenir un bon lait animal*,

les *contre-indications pathologiques*. Elles sont peu signalées cependant.

Ces divers facteurs, nous allons les examiner successivement.

III

CAUSES DE L'ABANDON DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1° INSUFFISANCE DE LA SÉCRÉTION LACTÉE

La diminution du pouvoir d'allaiter, variant en importance de l'hypogalactie légère à l'agalactie complète, a été signalée au cours de cette enquête, par nombre de médecins ruraux. De l'ensemble des témoignages reçus, l'abandon croissant de l'allaitement maternel apparaît en fonction directe de l'insuffisance de la sécrétion lactée.

Sur la fréquence de l'agalactie, les auteurs classiques ont eu des avis divergents. Au début du siècle, Bunge affirmait que le pouvoir d'allaiter allait en décroissant. Ce qu'il attribuait à une dégénérescence physique de la race, à des tares héréditaires, parmi lesquelles l'alcoolisme.

Cependant, des statistiques faites par Mme Dluski, dans le service du professeur Pinard, à la même époque, il résultait que, sur cent femmes saines, 99 étaient capables de nourrir leur enfant.

Pour Marfan, deux femmes sur trois seraient capables de faire de bonnes nourrices ; le nombre de celles qui se trouveraient réellement dans l'impuissance physique d'allaiter ne dépasserait pas 10 %.

Enfin, les travaux de Blacker, sur la capacité d'allaiter des femmes pauvres de Londres, de Nordheim, sur la rareté de l'allaitement maternel à Munich, qui

pour cet auteur est d'ordre social et non physiologique, de Cozzolino, sur les faits observés en Italie, ont abouti à cette conclusion: « L'insuffisance de la sécrétion lactée est, parmi les causes dénoncées, l'une de celles qui mettent le plus rarement obstacle à l'allaitement ».

Il faut noter que ces études aux conclusions contradictoires sont anciennes et qu'elles portent essentiellement sur des clientèles urbaines. Si l'on étudie aujourd'hui les faits observés dans les milieux ruraux, il semble qu'il faille se garder d'optimisme. La vie moderne a influé sur la paysanne d'apparence si robuste; et nous sommes ici conduits à rechercher si l'aphorisme de Bunge « les femmes ne nourrissent pas leurs enfants parce qu'elles en sont physiquement incapables » ne se trouve pas justifié, en partie tout au moins, dans les campagnes de France.

Tantôt c'est précocement, dès le premier mois, que l'impuissance d'allaiter se fait sentir: l'allaitement au sein semble bien établi au cours de la première semaine; l'enfant, bien portant, tette correctement. Mais la mère perd son lait « dès qu'elle se lève » et très rapidement, vers la fin de la troisième semaine, voit la sécrétion tarir.

Plus souvent, l'essai a duré plusieurs semaines. C'est vers le troisième ou quatrième mois que les nourrices le mieux intentionnées doivent s'aider du biberon, et de l'allaitement mixte passer rapidement au sevrage.

La mauvaise volonté des mères n'est pour rien dans cet état de fait; il n'y a là ni mode ni coquetterie. C'est une contrainte tenant à l'insuffisance de la sécrétion lactée, en qualité et en quantité — et l'abandon n'est le plus souvent consenti qu'à regret, parfois même sous avis médical.

Avant de conclure à une agalactie ou hypogalactie réelle, il faut examiner avec soin les conditions dans lesquelles la suppression de l'allaitement s'est présentée.

Fréquents peuvent être, en effet, chez une femme, les prétextes à ne pas nourrir. Presque toujours, c'est la crainte irraisonnée de n'avoir pas assez de lait, ou de n'avoir que du mauvais lait; et cette crainte se base bien souvent sur le résultat d'un élevage mal conduit: dès que l'enfant crie, la mère lui donne le sein; elle s'aide même du biberon entre les tétées. L'enfant, suralimenté, est dès lors sans ardeur au moment des repas, semble dépérir, continue à crier. On accuse chez la mère le manque ou le défaut du lait et on augmente les biberons. Faute de tétées vigoureuses et régulières, la sécrétion lactée se tarit.

Un manque de lait peut être encore invoqué devant une montée laiteuse tardive, le sixième ou septième jour. Il en est résulté la mise au biberon prématurée, après l'accouchement — et là encore, en supprimant un allaitement jugé insuffisant, on fait le contraire de ce qu'il aurait fallu faire.

Outre ces fautes d'élevage, et derrière la raison avouée qui est le manque de lait, il faut parfois trouver le désir, instinctif chez la mère, d'obtenir un nourrisson aussi gros que celui de la voisine, traité au biberon. Enfin, entérites ou insuffisances hépatiques, fréquentes chez une nourrice qui s'alimente trop ou défectueusement, sont encore prétextes à sevrage.

Mais, en dehors des cas d'agalactie apparente ou partielle, il semble bien que les cas réels d'agalactie, et surtout d'hypogalactie marquée, dépassent largement aujourd'hui dans nos campagnes le taux de 5 à 10 % auquel les évaluait la plupart des pédiatres et accoucheurs français d'avant-guerre.

A quels facteurs apparaît donc lié cet empêchement physiologique pour la paysanne de remplir son premier devoir de mère ?

Au premier plan, il y a le labeur épuisant de la terre, auquel nous consacrerons des observations spéciales et qui a fait à la jeune mère des conditions phy-

siques d'autant plus difficiles que souvent le délai nécessaire de repos après l'accouchement n'est pas observé.

Ces contraintes, sans doute, ont existé de tout temps à la campagne. Ce qui les aggrave aujourd'hui et influe sur la sécrétion lactée, c'est la moindre résistance de la paysanne actuelle. Trop souvent ce fait a été signalé pour que nous le passions sous silence.

Les jeunes mères de nos jours sont des enfants de la guerre. Dans leur jeune âge, elles ont souvent souffert d'une alimentation insuffisante aggravée, pour quelques-unes, d'un surmenage prématuré. Aussi n'est-il pas rare de voir survenir quelque incident au moment de leurs couches.

Dès lors, l'impuissance d'allaiter, et surtout d'assurer un allaitement complet, est bien plus un signe de moindre résistance que de mauvais vouloir.

Plusieurs de nos provinces sont particulièrement touchées. C'est ainsi, par exemple, que la race poitevine donnerait des indices de régression physique et perdrait de ses facultés procréatives.

Dans la région du Mans, les femmes apparaissent moins bonnes nourrices que les Bretonnes ou les femmes de l'Auvergne. Les Beauceronnes sembleraient, par endroits, être peu aptes à l'allaitement.

Et les témoignages venus de l'ensemble de notre pays font, d'autre part, ressortir fâcheusement une infériorité de la nourrice paysanne française comparée aux nourrices paysannes d'autres races. C'est ainsi que dans le Gers, le Gard, le Lot-et-Garonne, il y a des immigrées italiennes, polonaises, espagnoles. Ces paysannes sont prolifiques, allaitent au sein, alors que peu de femmes françaises des mêmes régions, et de la même condition, sont capables d'allaiter seules leur enfant pendant un an.

Certaines *causes locales* aggravent encore cette faiblesse constitutionnelle. Nous ne ferons que signaler les syphilis larvées, les tuberculoses torpides, les états

d'anémie ou de débilité congénitale -- mais nous insisterons davantage sur l'hérédité alcoolique.

C'était, répétons-le, l'idée de Bunge, qu'une femme issue d'un père alcoolique, a les plus grandes chances de ne pas pouvoir allaiter. Les statistiques ont souvent, depuis lors, infirmé cette loi. Il reste néanmoins probable que, dans bien des cas, la dégénérescence qui résulte d'une hérédité alcoolique constitue la principale cause physiologique de l'allaitement restreint. Et ce fait nous a été particulièrement signalé dans certaines régions où les cultures de vignes ou la fabrication du cidre constituent les principales ressources.

Mais en dehors de la faiblesse congénitale, comme des fatigues dont nous avons parlé et qui tiennent au labeur paysan, il existe, même pour toute femme bien portante, une cause, signalée fréquemment, de moindre résistance, et par là une atteinte possible à la capacité d'allaiter: c'est la défectuosité de l'alimentation des nourrices, à la campagne — condition mauvaise qui agira autant sur la qualité que sur la quantité du lait.

Souvent, les examens de laboratoire prouvent l'insuffisance des éléments nutritifs du lait maternel. Plus souvent qu'autrefois, ce lait est mal supporté par l'enfant dont les troubles digestifs subséquents disparaissent avec du lait stérilisé ou du lait sec.

Ou bien, il s'agit de fautes dans l'hygiène alimentaire.

Ou bien, malgré une hygiène satisfaisante, c'est l'aliment lui-même qui est défectueux, des substances contre-indiquées passant dans le lait qu'elles rendent nocif.

A la campagne, en effet, où souvent les paysannes mangent debout, en courant, à toute heure, les erreurs de régime sont fréquentes. Parfois une nourrice s'imagine bien faire en adjoignant à son régime des rations supplémentaires de viande, de cidre, de

café fortement alcoolisé. Une nourriture échauffante et riche en excitants divers, l'abus des conserves et du lard salé, une cuisson parfois insuffisante, les fortifiants vantés par la dernière page des journaux, l'aspirine au moindre prétexte, sont autant d'entraves à un allaitement bien réglé.

Si l'hygiène est satisfaisante, c'est souvent l'aliment, considéré comme normal, qui prête à la critique.

En premier lieu, le mauvais pain. Des quatre coins de France, des avis concordants dénoncent sa défectuosité. Alors que le paysan faisait autrefois son pain, avec le blé de sa grange, on le lui apporte, aujourd'hui, fabriqué. Peut-être les présentes méthodes de culture intensive nuisent-elles à la valeur alimentaire des produits de la terre en général — et au blé en particulier; peut-être, aussi, existe-t-il une erreur du progrès mécanique, dans l'écrasement du blé aux moulins. Ce qui est sûr, c'est que, très souvent, le pain d'aujourd'hui est mauvais. Il est fait avec des blés hybrides (pauvres), la fraude persiste, la panification (levure) est insuffisante, la cuisson imparfaite (trop d'eau et chauffage au mazout). On débite trop souvent, sous le nom de pain blanc, un aliment déséquilibré où domine l'amidon. Le vrai pain équilibré doit contenir non seulement de l'amidon, mais aussi de la matière azotée, des huiles, des vitamines et des ferments, qui préparent la digestion. Ce pain équilibré est bis. La couleur bise est, le plus ordinairement, le signe de sa pureté alimentaire.

Des causes locales peuvent aggraver les facteurs défavorables — eaux dépourvues de sels calcaires, venant de terrains granitiques ou schisteux, alimentation trop exclusive en légumes verts dans certaines régions où les primeurs peu nutritives, en raison de la pauvreté du sol, se vendent mal et sont consommées sur place. Le superchimisme de la culture moderne et intensive par les engrais n'est peut-être pas étranger à cet état de choses que l'enquête de 1935 signale dans plusieurs départements.

Quoi qu'il en soit, les fautes d'hygiène, les aliments déséquilibrés, la privation de sels calcaires, entraînent chez les mères un état de santé défectueux, une faiblesse constitutionnelle, des troubles gastro-intestinaux, une constipation opiniâtre. L'appétit de ces nourrices est diminué, leur lait, de mauvaise qualité, de faible abondance, se tarit vite. De tout cela, l'enfant subit les conséquences.

Si donc l'agalactie semble résulter, dans nombre de cas, de la déficience organique des paysannes, aggravée par le travail, les tares morbides, la mauvaise hygiène alimentaire, la nourriture carencée, d'autres facteurs d'importance interviennent encore.

Depuis longtemps on a attiré l'attention sur l'hérédité de l'impuissance d'allaiter. Les mères d'autrefois nourrissaient 3, 5, 8, 10 ou 12 enfants. Aujourd'hui, on en voit trop qui ne peuvent plus en allaiter un seul.

Souvent, cela tient à l'abandon de l'allaitement depuis plusieurs générations. On constate, en effet, qu'une femme a d'autant plus de chances d'être bonne nourrice, qu'elle a été allaitée par sa propre mère. Par le fait de l'atavisme, la cessation de la fonction produit la déficience de l'organe. Le degré de cette inaptitude est variable assurément. Quand elle n'est pas très marquée, elle est corrigible.

Ce phénomène était jadis fréquent, dans la classe aisée. Dans les campagnes d'aujourd'hui, il est devenu courant: l'allaitement artificiel s'est répandu; la sélection s'est appauvrie d'autant. Enfin, dans quelques régions, la dénatalité est un facteur agissant. Chez la primipare paysanne, la lactation manque souvent ou est de courte durée. Autrefois, au contraire, le plus jeune âge des mères, le plus grand nombre des enfants, conditions des anciennes familles, rendaient l'allaitement exclusif au sein bien plus répandu. Le pouvoir galactogène qu'offre le mécanisme de la succion sur la sécrétion de la mamelle sera d'autant

plus grand qu'il y aura un plus grand nombre d'enfants allaités. Et ce sont les données de zootechnie, utilisées par les éleveurs pour l'obtention des bonnes races laitières, qui font comprendre la lente régression des qualités de lactation observées dans notre pays, à une époque où les gestations sont généralement plus éloignées de la période de croissance et sont peu nombreuses. D'ailleurs, les multipares elles-mêmes sont touchées par les autres causes. Elles se révèlent fréquemment moins bonnes nourrices que jadis et préfèrent en bien des cas ne pas commencer l'allaitement par crainte de ne pas le voir durer.

D'autres réponses à l'enquête attribuent l'agalactie actuelle à des troubles de sécrétion glandulaire, à la répercussion possible sur la valeur de la glande mammaire des procédés anticonceptionnels qui sèvent la femme d'un élément indispensable à son plein développement physique, moral et psychique.

Fréquemment enfin, le médecin ne relève pas de causes et voit se tarir la sécrétion chez des jeunes femmes aisées, bien nourries, vivant au grand air, exemptes de tares.

On peut, dès lors, se demander si tout a été mis en œuvre pour développer la capacité d'allaiter de la mère. Il y a des cas où fermeté et patience, de la part du médecin, auront raison d'un sevrage prématuré, nuisible à l'enfant. Car, à l'allaitement artificiel complet, il faut préférer un allaitement mixte qui permet de donner à l'enfant la quantité nécessaire de vitamines dont il a besoin — et que le lait maternel lui fournit.

2° TRAVAIL AGRICOLE

Si, comme nous l'avons indiqué, l'effort excessif de la femme, dans le travail agricole, peut compromettre la sécrétion lactée, les nécessités mêmes du

labeur rural constituent un courant obstacle matériel à l'allaitement au sein.

Pendant la guerre, la femme, en l'absence du mari mobilisé, a dû remplacer l'homme dans les durs travaux de la ferme et des champs. La paix venue, elle a continué son travail pour suppléer à l'insuffisance de la main-d'œuvre. Dans les petites exploitations agricoles, cette insuffisance de la main-d'œuvre ou son inutilisation, en raison du coût des salaires, est aujourd'hui la règle. — Chez les petits propriétaires peu fortunés, la crise et la mévente des produits agricoles imposent l'économie. Il n'est souvent pas possible de payer un domestique de ferme. La femme se substitue au journalier. L'allaitement au sein devient une gêne.

Le cultivateur aisé lui-même ne trouve pas toujours aisément la main-d'œuvre. Dans certaines régions (*Vaucluse*), l'ouvrier rural a disparu. La femme, ici encore, doit se mettre à la tâche et nulle prime d'allaitement n'est, en ce cas, prévue pour elle.

Quant à l'ouvrier agricole, il est devenu rare en raison de la modicité du salaire, encorè que ce salaire modique rende impossible, pour les plus pauvres propriétaires, l'emploi de l'ouvrier. Dans certaines régions, les contrats de louage de ménages d'ouvriers agricoles rendent impraticable l'allaitement maternel — et la femme, obligée de travailler pour augmenter les revenus de la famille, ne peut rester chez elle pour s'occuper des enfants. Nombre de mères, qui vont travailler à la ville, abandonnent le nourrisson aux grands-parents.

Ces travaux de la terre sont particulièrement pénibles de juin à octobre, époque des fenaisons, moissons et vendanges. La femme est la première levée, la dernière couchée; elle travaille comme un homme, sans règle ni durée, faisant en été, parfois, des journées de 15 à 16 heures. Aux champs, elle conduit la charrue et les machines agricoles; si elle reste chez

elle, il lui faut se livrer à la culture des potagers, à la traite des vaches, à la lessive. En hiver, dans certains endroits, elle travaille en chambre (*Haute-Savoie*). D'où la difficulté multiple de concilier le devoir maternel avec les nécessités sociales.

Dans plusieurs régions cependant (*Côte-d'Or*), la femme allaite malgré le travail, et ceci parce qu'elle sait combien le sein est meilleur pour l'enfant et combien l'allaitement artificiel est dangereux pendant les chaleurs.

Mais, bien plus souvent, des obligations si opposées se font inconciliables, et c'est l'enfant qui en souffre. De l'*Hérault*, on nous indique que 20 % des mères nourrissent au biberon dès le début, afin de pouvoir plus commodément poursuivre leurs travaux. Par ailleurs, on témoigne que, l'été, les travaux de la campagne empêchent 45 à 50 % des femmes d'allaiter complètement leur enfant et 5 % de pratiquer d'une façon absolue l'allaitement maternel.

La paysanne, en effet, a souvent travaillé jusqu'à l'extrême limite de sa grossesse: elle se repose ensuite de deux à trois semaines, puis reprend ses occupations. Elle n'allaitera donc guère et, très vite, passera à l'allaitement mixte ou au sevrage.

Les plus courageuses, fatiguées, observent difficilement les règles de l'hygiène, ont du mauvais lait entraînant une sous-alimentation du nourrisson et, parfois, par manque de propreté, des gastro-entérites graves. Cette difficulté de donner le sein régulièrement et de fournir à l'enfant un aliment suffisant, semble parfois lui faire une condition plus désavantageuse que celle des enfants nourris au biberon, encore que ce dernier soit administré, en l'absence de la mère, par de vieux parents, la grand'mère ou la voisine, par de jeunes enfants aussi, — ce qui n'offre pas toujours une garantie très sérieuse.

Le bas prix du lait de vache, dans certaines régions, favorise cet allaitement artificiel. On trouve ce lait fa-

cilement à la campagne et la dépense qu'il occasionne n'est rien auprès de celle que représenterait le salaire d'un domestique ou la cessation du travail de la mère. L'allaitement maternel apparaît donc ici le plus onéreux. Telle est la fausse vérité qui conduit à l'abandon du sein.

A cette situation de la paysanne, d'autres cas, hors de la vie des champs, sont comparables.

Dans les régions industrielles, les femmes travaillent le plus tôt possible après l'accouchement. Elles placent leur enfant en nourrice ou bien allaitent elles-mêmes, mais très peu, car le temps et la facilité leur manquent. Les femmes de chômeurs doivent, de même, travailler pour subvenir aux besoins du ménage. Dès lors, l'allaitement est une entrave.

Nombre de filles-mères enfin, obligées de se placer comme domestiques pour gagner leur vie, laissent leur enfant en nourrice.

On voit donc combien le travail féminin détermine fréquemment l'abandon de l'allaitement au sein. Cependant, il faut observer que cette raison, si elle est souvent justifiée, est souvent aussi un prétexte, qui masque l'égoïsme de femmes pour qui l'allaitement est un trop grand embarras.

Beaucoup considèrent, hélas ! l'enfant comme une charge : d'autres le tolèrent, s'il ne gêne pas le travail.

3° CAUSES MORALES

Dans l'abandon de l'allaitement maternel, on trouve, concourant avec les raisons d'ordre physiologique et social, des causes d'ordre moral qui semblent se généraliser à la campagne.

De tous temps, il est vrai, ont existé, dans tous les milieux, la négligence, l'ignorance ou même l'égoïsme de certaines mères. Aujourd'hui cependant et plus que jamais, paraît se développer un désir plus grand de liberté, une crainte malade de l'effort.

L'esprit et les nécessités de la vie moderne en sont les responsables. La prospérité et le bien-être qui ont suivi la guerre ont fourni au paysan plus d'argent. Beaucoup de jeunes mères actuelles ont, à cette époque, été des fillettes relativement gâtées. La campagne, d'autre part, s'est vue dotée de facilités de vie inconnues jusque-là et réservées aux villes. L'extension des moyens de transport a favorisé les déplacements. Le cultivateur use de la bicyclette, de la motocyclette, voire de l'automobile. Tout est prétexte pour sortir du village, participer aux fêtes, fréquenter les marchés, suivre le cinéma. D'où l'irrégularité des présences à la maison, condition d'un bon allaitement.

Une conséquence de cet état de choses a, d'ailleurs, été l'exode vers les centres industriels et urbains. Les villes ont attiré, puis retenu les bons éléments des campagnes. Aussi, bien souvent, ne reste-t-il que l'élément féminin le moins bien constitué.

Doit-on joindre à cela l'état d'esprit que fait une instruction insuffisante ? Parce qu'elles ont été un peu, même fort peu, à l'école, les paysannes se croient plus intelligentes, plus dégourdies, que leurs grand'mères, alors que le vague rudiment dont elles tirent vanité ne peut, en développant leur compréhension, remplacer le bon sens naturel et instinctif de leurs aïeules.

De tout ce qui précède, il résulte que les jeunes mères craignent une servitude que ne compensent point des sentiments maternels assez puissants, et contre laquelle d'ailleurs, il faut le dire, se dressent souvent des impossibilités matérielles.

Qu'on parle de paresse ou d'insouciance, d'égoïsme ou de crainte de l'effort, il devient difficile, après neuf mois de grossesse, de faire accepter à la paysanne cette nouvelle et longue contrainte de donner des tétées à des heures régulières ! D'autant que, dans cette naturelle obligation, elle n'est pas toujours encouragée par l'entourage : le jeune mari, les grands-

parents qui n'ont qu'une fille, deux au maximum, ne souhaitent pas que la jeune mère se fatigue à allaiter.

Il en résulte de fâcheuses négligences. « *Tous les enfants, ayant couramment une sucette ont le muguet dès les premiers jours* », écrit-on du Finistère. Les faits les plus graves peuvent être provoqués par la pratique du moindre effort, par la facilité qu'on se donne de confier le nourrisson à n'importe qui, quand il n'est pas laissé sans surveillance aucune.

La pusillanimité des femmes qui manquent de confiance en elles, ont peur de s'épuiser, craignent des abcès au sein, des lymphangites possibles, prédispose au sevrage dès la moindre gerçure du début de la lactation. Si la coquetterie domine, si la jeune mère redoute les déformations physiques, on trouvera là le pire adversaire de l'allaitement. Dans certains milieux même, le souci de « garder la ligne » fait choisir une alimentation défavorable à la nourrice parce qu'elle est exclusivement azotée, sans féculents, ni pain, ni soupe.

Une telle crise morale s'accompagne d'un matérialisme croissant et n'a pas pour seul effet l'abandon de l'allaitement au sein. La dénatalité en est une conséquence. Depuis la guerre, dans des régions multiples, la race paysanne semble dégénérer. Les femmes ne voudraient plus enfanter, ne peuvent plus allaiter, ne savent plus accoucher. « *Pour un forceps avant guerre, cinq forceps après guerre* » (Hautes-Pyrénées). La baisse des naissances est progressive, volontaire, obstinée. « *La pire catastrophe à souhaiter est d'avoir un enfant, deux enfants, des jumeaux.* »

Dans les Hautes-Pyrénées, la dépopulation est croissante. Les villages de jadis sont tombés de 500 à 400 habitants à 200 ou à 100. Dans certains cantons, « *il n'y a pas assez de mâles adultes pour former le Conseil municipal* ».

La Creuse, entre deux recensements, a perdu 50.000 habitants. En Seine-et-Marne, dans la Nièvre,

le Calvados, le Var, la Vendée, la Sarthe, le Finistère, les mêmes causes morales, qui font se limiter les naissances, restreignent l'allaitement maternel.

Dans une région des Vosges, il y a, depuis 30 ans, une diminution de la population rurale de plus de 30 %. Et la restriction des naissances s'aggrave d'un malthusianisme systématique que la crise actuelle — agricole — n'est pas faite pour diminuer.

La Haute-Vienne qui, en 1932, était au 67° rang de natalité sur 90 départements, voit cette situation s'aggraver encore et s'associer à la diminution de la nuptialité et de l'allaitement maternel.

En certains endroits, la prostitution est beaucoup plus marquée à la campagne qu'à la ville. Quant aux naissances illégitimes, elles sont parfois nombreuses chez les ouvriers de ferme. Ceci tient à l'absence d'esprit familial et à l'habitude des fermiers, non propriétaires du sol, de placer leurs filles chez d'autres dès l'âge de 13 ans.

Si l'indifférence ou la négligence des parents est trop souvent constatée dans certaines campagnes, s'ils considèrent la venue d'un enfant comme une charge, il faut bien dire, surtout pour l'ouvrier agricole, que l'aide de l'Etat et des Assurances Sociales paraîtront toujours insuffisantes. Aussi les conséquences ne tardent pas à se produire. La plus courante, c'est l'exode des campagnes vers les centres industriels et urbains qui offrent un salaire deux fois plus fort, avec des organisations d'assistance mieux assurées et des caisses de Secours Mutuels. Dans nombre de régions rurales, on observe la fréquence du placement des enfants, quand il en vient. Ces mères deviennent stériles moralement, physiologiquement ensuite.

Cependant, et heureusement, s'il ne faut pas sous-estimer la gravité de cette crise morale, on doit tenir compte d'indications plus consolantes.

En de nombreux endroits, la paysanne fait preuve,

en effet, de bonne volonté. Il persiste alors, chez la vraie terrienne, celle qui autrefois formait la majorité, un bon sens pour lequel les exigences de la mode ne comptent pas. Et les quelques mères qui n'allaitent pas leurs enfants sont, dans ces milieux, les femmes venues des villes (épouses de fonctionnaires), qui sacrifient l'allaitement au souci de ne pas déformer leur ligne, de ne pas s'interdire certaines distractions.

Notons, d'ailleurs, que, si les mères sont bien dirigées, elles acceptent au moins l'allaitement mixte. C'est ainsi qu'apparaît l'importance du médecin comme conseiller des familles.

En conclusion, une crise morale se développe qui tient aux conditions de la vie moderne. D'où une situation grave, mais non désespérée. Il faut, si l'on veut que la natalité s'améliore, donner à la paysanne les moyens matériels d'avoir, d'allaiter, d'élever les enfants. Il faut réformer l'éducation et convaincre les femmes que la maternité et l'allaitement sont des devoirs auxquels elles n'ont pas le droit de se soustraire — et l'exemple entraînera, par contagion, les réticentes.

Par le chômage, la crise économique présente oblige un certain nombre de mères à rester chez elles. En diminuant les ressources, elle favorise l'allaitement maternel; mais c'est là une raison de circonstance, et de circonstance malheureuse, qu'il ne faut pas retenir, d'autant que la misère du chômage fait la misère de l'alimentation. Mieux vaut faire l'effort social nécessaire pour rendre aux nourrices la quiétude morale et la sécurité matérielle indispensables à l'accomplissement de leur plus naturel devoir.

4° ALIMENTATION MAL RÉGLÉE — TRADITIONS PERNICIEUSES. — ACTION DE L'ENTOURAGE

Dans les campagnes, où les notions de puériculture sont en général encore peu répandues, il est fréquent

de constater un mauvais réglage de l'alimentation du nourrisson.

Faute de direction et de conseils compétents que les jeunes mères ne songent pas à demander, les tétées sont irrégulières. A une suralimentation du premier mois succède à partir du troisième ou quatrième mois une sous-alimentation (*Bouches-du-Rhône*). Il est d'ailleurs difficile dans les campagnes, où les mères ignorent souvent l'emploi du pèse-bébé, d'obtenir un contrôle pondéral.

Dans certaines régions, l'allaitement au sein se prolonge au delà de 12 mois (*Creuse*). Ce fait courant entraîne un état de fatigue préjudiciable à la santé de la mère.

Les troubles digestifs qui résultent de ces fautes d'élevage sont améliorées rapidement par l'allaitement artificiel. Et il est certain que, dans le cas où il ne peut obtenir un allaitement maternel convenable, le médecin doit rechercher les bons résultats d'un allaitement artificiel bien dosé et proprement donné.

Plus pernicieuses apparaissent des traditions fâcheusement persistantes. Des tisanes sont données entre les tétées. Elles provoquent des dyspepsies qu'on impute ensuite au lait maternel (*Dordogne*). Dans le *Finistère*, on adjoint trop souvent dès les premiers mois des tapiocas épais. Ailleurs, on a la mauvaise habitude de donner à l'enfant dès le premier jour de l'eau sucrée ou du lait coupé, sans attendre une montée laiteuse suffisante. Le nourrisson par la suite ne fera pas d'efforts de succion et saisira difficilement le mamelon, surtout s'il est un peu dur. Par crainte de voir son enfant mourir de faim, la mère renonce à le nourrir elle-même et instaure l'allaitement artificiel (*Var*). Ailleurs, c'est une habitude de donner très tôt en plus des tétées un biberon ou deux, parfois coupés d'eau non bouillie.

En *Normandie*, beaucoup de parents donnent encore à leurs tout petits enfants les aliments qu'ils ont

préparés pour eux-mêmes: soupe, pain trempé dans de la sauce, sans compter l'alcool.

Dans certaines régions, comme en témoigne un correspondant de la *Creuse*, c'est un préjugé que la femme enceinte ne doit pas allaiter. En des villages de l'*Indre*, on attribue à la piqure d'hypophyse le défaut de montée du lait.

De la persistance de ces traditions funestes, c'est bien souvent l'entourage immédiat de la jeune mère qui est responsable. Le mari ne veut pas que le ménage soit « négligé ». Il écoute les mauvais conseils. Parmi celles qui les donnent, il y a les grand'mères qui, ayant elles-mêmes élevé leur fille sans le secours du sein, ne veulent pas la voir se ruiner la santé quand elle pourrait faire autrement. Certains vieillards voient toujours le spectre de l'« anémie », et ils nomment ainsi la tuberculose. Aussi s'efforcent-ils de répandre cette idée que le lait de la mère ne vaut rien. Parfois le conseil donné et suivi est plus égoïste : la maman libérée de son nourrisson continuera de donner ses forces au travail des champs.

De l'influence de ces grand'mères, nous rapprocherons celle, non moins défavorable, des matrones rémunérées. Les « bardous », comme on les nomme en Normandie, ne sont nullement qualifiées pour assister les mères. Cependant, et en dehors de toute notion d'aseptie, elles pratiquent, dans certaines campagnes, les accouchements. Inutile d'ajouter combien leur ignorance peut être néfaste ici. Appelées pour des raisons d'ordre psychologique, constamment au chevet de la parturiente, dont elles parlent le langage ou le patois, leur rôle et la fâcheuse confiance qu'on lui donne expliquent, dans certaines régions purement rurales fidèles à la tradition, l'extrême rareté des sages-femmes. Les matrones dirigeront bien entendu l'allaitement et, grâce à elles, préjugés et mauvais conseils seront avec docilité reçus par l'entourage.

Quelle est, devant cette ignorance et cette paresse de la femme et de ceux qui l'entourent, la réaction des sages-femmes? Leurs directives n'auront de poids que si elles sont données avec une autorité persuasive. Il est malheureusement fréquent de voir, dans certains cantons, un manque de fermeté de la sage-femme lorsque la jeune mère ne veut plus allaiter. D'où la persistance du préjugé du mauvais lait de la mère, du lait insuffisant en quantité.

La prescription systématique de fortifiants convaincra parfois la mère qu'elle est trop faible pour nourrir. Dans quelques cas, enfin, la sage-femme en arrive à conseiller le lait artificiel, sans attendre que la quantité du lait de la mère se soit adaptée à la demande du nourrisson, ou bien néglige de préciser l'alimentation de la nourrice, de prévenir les crevasses du mamelon, et souvent le médecin est appelé pour un abcès du sein, ou un incident digestif dû à un sevrage prématuré.

Ces cas sont limités heureusement, et le plus souvent la sage-femme est l'auxiliaire le plus précieux du médecin dans la propagande en faveur du sein maternel. Sa surveillance est d'ailleurs limitée au temps passé près de la nouvelle accouchée. La mère, laissée à elle-même, n'aura que trop tendance à donner le biberon.

Quant au médecin dont le rôle est primordial, au chevet de la jeune accouchée, il lui appartient d'imposer sa volonté. Il doit exiger l'allaitement au sein toutes les fois où la chose lui paraît possible. L'enquête nous a montré que c'est grâce à son influence que, dans certaines campagnes, une reprise partielle de cet allaitement a pu être réalisée.

Nous signalerons encore, dans certaines « Gouttes de Lait » ou Consultations, le rôle des pesées et les conseils souvent peu éclairés de certaines visiteuses qui considèrent uniquement le poids du nourrisson, sans s'intéresser aux causes des pertes. « S'il n'aug-

mente pas ou perd du poids, c'est que le lait est mauvais ou insuffisant. Il est dès lors tout naturel de le mettre au biberon. »

On voit combien il reste à faire, dans les campagnes, pour vaincre les préjugés, intéresser les mères à leur devoir maternel, lutter contre l'égoïsme de l'entourage et vulgariser les notions de puériculture.

5° ALLAITEMENT ARTIFICIEL :

FACILITÉS ET PROPAGANDE

Le progrès de l'allaitement artificiel accompagne inévitablement l'abandon progressif du sein maternel.

S'il peut se justifier en cas d'insuffisance quantitative ou qualitative du lait, de causes pathologiques bien démontrées, d'impossibilité sociale reconnue, il n'en reste pas moins qu'on invoque souvent en sa faveur des raisons bien fragiles. L'ignorance de l'entourage, la fréquentation saisonnière de femmes des villes qui donnent le biberon, la contagion de l'exemple et le manque de fermeté de la sage-femme ou du médecin feront le reste.

Deux facteurs interviennent pour diffuser plus encore cette pratique de l'allaitement artificiel :

1° La facilité locale, dans les campagnes, de se procurer du lait des animaux de ferme ;

2° La publicité considérable faite de nos jours aux laits artificiels, publicité que ne contredit pas une propagande, équivalente en moyens, pour l'allaitement maternel.

Dans les régions agricoles, il est usuel que la fermière dispose de bon lait frais de vache. Elle est naturellement conduite à aider ses tétées par un ou deux biberons et, de là, à passer plus ou moins vite au sevrage.

Dans certains pays (Ardèche, Jura), le lait de chèvre est de pratique courante.

Si la traite s'effectue entre les tétées, après nettoyage du pis, après ébullition des récipients et de la tétine, les résultats apparaissent satisfaisants. Certains cas d'intolérance sont en rapport avec le régime de la bête; il suffit de la soigner, et l'on voit disparaître les troubles digestifs du nourrisson.

Cependant, il peut apparaître des inconvénients, d'autant plus graves que l'abandon du sein sera injustifié. Parfois, la nourriture des bêtes laitières est de mauvaise qualité. Elles ne sortent jamais, se nourrissent de tourteaux ou de pulpes de betteraves, l'allaitement, surtout de fin septembre à fin novembre, est médiocre. Il intervient encore des questions d'hygiène tenant au logement des bêtes, au recueil du lait, à sa conservation.

Dans certaines régions, enfin, cet allaitement artificiel si délicat à diriger est, faute de propreté, nuisible à l'enfant : on donne des restes de biberons, on néglige l'ébullition des récipients et des tétines, l'enfant s'épuise sur des sucettes malpropres. Et si ces fâcheuses pratiques, courantes avant la guerre, ne sont plus aussi fréquentes aujourd'hui, il ne faut pas croire qu'elles sont partout abandonnées.

Une autre commodité offerte aux paysannes est l'utilisation facile des laits du commerce : laits stérilisés, concentrés, laits secs, farines lactées. Reconnaissons que les progrès, ici, ont été considérables et que l'on y trouve des substituts précieux pour élever un enfant privé du sein, lorsque, bien entendu, cet abandon est absolument justifié.

A la campagne, le lait du commerce est parfois utilisé pour l'allaitement artificiel dans des régions même de grands élevages. Cela, lorsque la vente du lait au détail n'existe pas, ou lorsque le lait de vache apparaît nocif. L'utilisation facile du lait du commerce doit cependant comporter une surveillance suffi-

sante: on ne doit pas voir en particulier des boîtes de lait condensé ouvertes pendant deux ou trois jours, surtout pendant les chaleurs.

Il est, d'ailleurs, un trop grand nombre de cas où, sans justification aucune, le sein est remplacé par ce lait du commerce. Cette tendance est encouragée par la vogue actuelle de ces produits, par l'intensité, la multiplicité et l'ingéniosité des moyens publicitaires qui s'imposent trop constamment à l'attention du public pour qu'il soit besoin de s'y étendre davantage. Il n'y aurait d'ailleurs rien à dire sur cette façon de saisir la clientèle si les brochures répandues à flot précisaient toutes, comme certaines le font, que les laits du commerce prennent leur valeur après, et seulement après, que l'allaitement maternel a été reconnu impossible.

6° CONTRE-INDICATIONS PATHOLOGIQUES A L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'enquête ajoute peu de choses au sujet de ces contre-indications. Si l'on excepte le mauvais état général de femmes surmenées par le travail, et, de ce fait, ayant peu de lait, les crevasses et les abcès par malpropreté, sont indiqués dans quelques réponses. Parfois on parle de mauvaise conformation des bouts de sein. Parfois enfin on signale des cas de tuberculose ouverte. Les réponses qui font mention de telles contre-indications ne les font guère entrer que pour 2 à 3 % de l'ensemble des causes qui conduisent à l'abandon du sein maternel.

En fait, les classiques s'accordent pour affirmer la rareté des obstacles qui s'opposent à la mise d'un nourrisson au sein maternel. Il existe assurément des malformations mammaires ou foetales qui interdisent l'allaitement, des abcès dont la diffusion peut être désastreuse pour la fonction glandulaire, ou encore des gerçures ou crevasses qui, malgré leur bénignité

habituelle, déterminent trop souvent une mère mal conseillée ou pusillanime à abandonner le sein.

Les maladies de la nourrice font surtout discuter l'opportunité de poursuivre l'allaitement. La tuberculose pulmonaire fermée et, à plus forte raison, ouverte est une contre-indication absolue.

Chez les cardiaques, par contre, s'il y a bonne compensation, un essai d'allaitement réussit souvent.

Une affection aiguë agira selon son degré de retentissement sur l'état général. L'interdiction d'allaiter de la période grave doit être levée le plus tôt possible à la convalescence.

Les albuminuriques au régime lacté absolu peuvent, selon Pinard, allaiter. Si ceci est possible en cas d'albuminurie passagère, il faut maintenir l'interdiction pour les brightiques qui, le plus souvent d'ailleurs, ne mènent pas leur grossesse à terme.

L'enfant, issu de parents syphilitiques, sera nourri par sa mère. Dans les cachexies cancéreuse, diabétique, paludéenne, enfin, il faut interdire l'allaitement au sein.

Toutes ces contre-indications — et l'enquête actuelle l'exprime — sont en réalité fort rares. Le médecin, consulté pour l'allaitement, doit se montrer très facile pour en accorder l'autorisation.

IV

SITUATION PRESENTE

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

DANS LES DIVERSES REGIONS DE LA FRANCE

Après avoir indiqué la situation générale de l'allaitement maternel telle qu'elle ressort des éléments groupés de l'enquête, il nous paraît intéressant de montrer comment cette situation s'établit respectivement dans chacune des grandes régions de peuple-

ment. Ce sera l'objet de ce paragraphe où seront précisées, par des commentaires explicatifs, les indications comparatives des tableaux que nous avons établis.

Pour cette étude de l'allaitement maternel dans les provinces et régions de peuplement, nous suivrons, conformément au tableau I, l'ordre de la diminution croissante de l'allaitement maternel, c'est-à-dire en commençant par celles des provinces et régions où cette diminution est le moins sensible.

MAINE ET ANJOU

Cinquante pour cent des réponses à l'enquête affirment une augmentation de l'allaitement maternel, contre une diminution minime.

La densité de la population atteint dans ce pays des taux moyens. La natalité est satisfaisante. En 1933, la mortalité infantile était modérée, et même en diminution dans la Sarthe. Quelques petites industries, mais surtout de l'élevage et de la culture.

Dans cette situation favorable à l'allaitement maternel, on retrouvera l'influence du médecin et de la sage-femme. La consultation de nourrissons est efficace, mais elle se pratique rarement à la campagne : son action n'est signalée que dans la Sarthe.

Les cas de diminution de l'allaitement, ou de minorité au sein maternel, relèvent pour une forte partie de la routine et de la paresse des mères ; le travail joue aussi, et dans certains endroits la situation est mauvaise.

« Depuis que je suis installé, je n'ai vu aucune paysanne allaiter son enfant » écrit un médecin de la Mayenne. Ceci malgré les conseils et les exemples de catastrophes.

L'allaitement artificiel est parfois en butte à la négligence. *« Il est facile de laisser dans la bouche de l'enfant un biberon calé dans le berceau par une ser-*

viète. Hors de toute surveillance, l'enfant absorbe ce qu'il peut et ce qu'il veut, de l'air bien souvent, d'où les vomissements, les cris et les coliques » (Maine-et-Loire).

Dans l'ensemble, pourtant, du fait de l'augmentation signalée de l'allaitement maternel, le Maine et l'Anjou semblent les provinces les plus favorisées.

ARTOIS ET PICARDIE

Les réponses à l'enquête, dans la proportion de 65 %, témoignent, dans les quatre départements du Nord, Pas-de-Calais, Somme et Aisne, d'une situation relativement favorable de l'allaitement maternel.

La majorité des enfants est au sein; dans quelques cantons l'allaitement augmente. Mais il reste difficile dans ces régions à la fois très fortement industrielles (textile et métallurgie) et agricoles (cultures industrielles, blé) d'obtenir des réponses portant sur une population définie: nombreuses en effet sont les paysannes qui vont travailler en usine.

La densité de la population est d'ailleurs très forte. En 1921, elle atteignait au kilomètre carré 309,7 habitants pour le Nord et 146,16 pour le Pas-de-Calais.

Le taux brut de mortalité infantile, aggravé par l'importance des agglomérations urbaines et industrielles, atteignait, en 1933, des chiffres supérieurs et parfois bien supérieurs au taux moyen de la France. Et cependant, si l'on étudie les indications fournies par l'enquête, un effort important semble jouer en faveur de l'allaitement maternel.

L'ouvrière, peut-être, allaite moins et sèvre précocement pour le travail de l'usine. Cependant, des allocations officielles et privées, l'aide patronale, le chômage aussi malheureusement, interviennent et font reprendre le sein. La paysanne semble allaiter plus souvent. Les consultations de nourrissons, très nom-

breuses dans le Nord et dans l'Aisne, mais encore difficiles à répandre dans les milieux proprement ruraux, vulgarisent les notions de puériculture; les primes à l'allaitement sont d'ailleurs très favorablement commentées.

Il est vrai que 35 % des réponses témoignent soit d'une minorité, soit d'une diminution des allaitements au sein. Parfois c'est vers le troisième ou quatrième mois qu'apparaissent les biberons complémentaires; parfois d'emblée, l'allaitement artificiel est institué.

Chez la paysanne, le travail agricole reste la cause dominante de l'abandon du sein. On signale bien moins les cas d'agalactie, ou les causes d'ordre moral, si effectives ailleurs. La mauvaise nourriture et le mauvais pain, la facilité aussi de se procurer sur place du lait de vache (Nord, Pas-de-Calais, Somme) contribuent à créer une situation, qu'aggrave dans certains cas la nourriture imparfaite (pulpes de betterave) des animaux producteurs de lait.

BOURGOGNE ET NIVERNAIS

Bien que 30 % des réponses marquent la diminution de l'allaitement au sein, on peut considérer comme favorable la situation de ces régions rurales où la grande majorité des mères allaitent leurs enfants.

Les départements de la *Nièvre*, de la *Côte-d'Or*, de *Saône-et-Loire*, où dominent les cultures, l'élevage et les vignobles, ont une faible densité de population. La natalité est médiocre. La mortalité infantile, en ces dernières années, est très inférieure au taux moyen de la France.

Le travail et le manque de lait sont les raisons le plus fréquemment invoquées pour justifier l'abandon du sein. Mais la négligence doit être également dénoncée. C'est ainsi que les consultations de nourrissons sont parfois peu suivies. Il a fallu même en supprimer là où, sur 10 enfants, 2 ou 3 seulement sont

présentées (Nièvre). Les sanctions, telles que la suppression des secours, ne sont pas appliquées.

Dans un grand nombre de cas, l'allaitement mixte est pratiqué de bonne heure, avant le sixième mois.

Cependant, la situation est satisfaisante, pour l'ensemble de ces régions. Les mères éprouvent de la fierté et de la joie à nourrir leur enfant. Les travaux agricoles ne font plus d'elles les esclaves de la terre qu'elles étaient jadis, car la situation du paysan s'est bien améliorée. En *Saône-et-Loire*, la qualité assez médiocre du lait des vaches charollaises incite peu au sevrage, car il faudrait avoir recours au lait condensé, onéreux. Enfin l'influence du médecin et de la sage-femme apparaît ici prépondérante.

NORMANDIE

Dans les départements de la *Seine-Inférieure*, de l'*Orne*, de la *Manche* et de l'*Eure*, une forte minorité d'enfants est au sein maternel; la diminution de cet allaitement est dénoncée surtout dans le *Calvados*. Cependant, cette situation défavorable semble compensée par l'augmentation qu'on signale dans un certain nombre de communes.

La densité des régions de peuplement est inégale. Très élevée dans la *Seine-Inférieure* (138,9 par km² en 1921), elle apparaît pour les trois autres départements au-dessous de la moyenne de la France. Mais la *Seine-Inférieure* est un département de caractère industriel. Toujours, la mortalité infantile s'y est trouvée élevée (91,5 pour 1.000 naissances, taux brut en 1933), alors que, dans les trois autres départements de caractère plus agricole (élevage, petite industrie), elle se fixe à un taux inférieur, encore très marqué. Cependant partout, heureusement, l'amélioration a été nette depuis une dizaine d'années. Quant à la natalité, elle est importante. En 1927, le *Calvados* avait le sixième rang (218 naissances pour 10.000 habi-

tants), Manche et Seine-Inférieure le neuvième (213).

Contre l'allaitement au sein, semblent jouer, en Normandie, le travail agricole et la mauvaise volonté : « *Il faut refaire l'éducation morale de la masse normande* », écrit-on du Calvados aux enquêteurs. Ce fait n'est cependant pas la règle. L'influence des médecins est agissante. « *En 1910, 10 % d'allaitements au sein, 50 à 60 % en 1935.* » (Eure)

Dans les milieux de petite industrie, les femmes allaitent davantage en raison du chômage. Les primes agissent également mais surtout chez l'ouvrière : « *Les Assurances Sociales trouvent peu de partisans parmi les paysans de la terre.* » (Manche)

L'hygiène est souvent imparfaite dans les campagnes normandes : chaumières malsaines chez le paysan pauvre, ignorance des notions de puériculture et traditions pernicieuses, hérédités morbides (alcool, syphilis, tuberculose).

L'allaitement artificiel se fait souvent dans de mauvaises conditions, devant la difficulté d'obtenir dans certains cas du lait de vache convenable. Dans le pays de Bray, notamment, la vente du lait au détail n'existe pas, la production laitière étant accaparée par les grandes entreprises.

Pour favoriser l'allaitement au sein, des consultations de nourrissons existent dans la *Seine-Inférieure*, le *Calvados* et l'*Orne*. Mais la dispersion des fermes et des hameaux rend difficile le fonctionnement des organismes, dont l'action cependant s'affirme bienfaisante, si l'on en juge par la reprise de l'allaitement maternel. Les infirmières de puériculture étant, en ces régions, exceptionnelles, les médecins sont à peu près seuls à répandre les notions d'hygiène. Ajoutons que certains centres cantonaux sont en avance sur certains chefs-lieux et sur l'ensemble des campagnes. On sait que la première « Goutte de Lait » a été fondée à Écamp, dans le pays de Caux, en 1894; depuis, les efforts poursuivis ont eu des résultats remarquables

CHAMPAGNE

Les réponses, venues des départements des Ardennes, de la Marne, de la Haute-Marne, de l'Aube et de l'Yonne, émanent à peu près toutes de médecins dont la clientèle est rurale.

Dans ces départements, où la densité de la population, moyenne ou faible, est très au-dessous du taux moyen de la France, la mortalité infantile est cependant élevée.

Il s'agit de régions surtout agricoles (vignes et culture) ou d'industrie moyenne.

La situation d'ensemble n'est point particulièrement heureuse en ce qui concerne l'allaitement au sein. 56 % des réponses témoignent, en effet, soit d'un *statu quo* défavorable, soit d'un abandon progressif. En certains endroits pourtant on trouve une situation satisfaisante et l'on doit reconnaître là l'action du médecin, des consultations de nourrissons, des primes.

Dans la Marne, « *les travaux des vignes n'empêchent pas la femme de nourrir au sein* », nous dit-on; et celles qui n'allaitent pas viennent des villes; parfois aussi il s'agit d'ouvrières d'usine.

« *Depuis cinquante ans* », écrit-on encore, « *l'allaitement au sein n'est pas en honneur, mais depuis une dizaine d'années il y a eu disparition des méfaits du biberon, et de l'alimentation artificielle précoce.* » On en trouvera la cause dans les soins de propreté et d'hygiène. « *Les diarrhées infantiles graves n'existent plus depuis longtemps.* » (Yonne).

Si l'on recherche les raisons de l'abandon du sein, le travail agricole apparaît au premier plan : « *Le manque de personnel est très sensible dans les campagnes, où la mère de famille est maintenant réduite à l'état des anciennes servantes mercenaires.* »

S'il faut ajouter l'insuffisance de l'alimentation, la diminution des notions de devoir familial, le peu de

goût général des jeunes femmes de s'enfermer dans leur pays, on voit combien s'explique ici l'abandon du sein. D'autant que, même dans les cantons où l'allaitement est général, la bonne nourrice est rare; c'est ce que 20 % des réponses indiquent.

On utilisera donc surtout le lait artificiel. Le lait de vache, en effet, est peu employé (Yonne), soit qu'on le vende aux ramasseurs de lait pour les coopératives, soit qu'il se révèle impropre à l'alimentation de l'enfant, les bêtes se nourrissant de tourteaux de conserve ou de pulpes de betteraves.

Cependant les primes et en particulier, celles des Assurances Sociales, ont une action souvent efficace; l'éducation des mères a fait faire, d'autre part, à l'allaitement maternel un progrès marqué depuis trente ou cinquante ans. Cela ne veut pas dire qu'il ne reste encore beaucoup d'obstacles à vaincre, comme en témoigne l'importance de la dénatalité dans l'Yonne. Une réponse traduit à ce sujet l'opinion populaire : « *L'enfant est une dépense et donne de la peine. Ce sont les miséreux, les alcooliques, les imprévoyants qui ont le plus d'enfants* », au point que les filles-mères auraient, en certains endroits, plus d'enfants que les femmes mariées, les premières étant déchargées de l'élevage par l'orphelinat départemental.

Il faut noter que les consultations de nourrissons, nombreuses dans l'Yonne et dans la Marne, sont très suivies. Elles sont rares dans les Ardennes, la Haute-Marne, et surtout dans l'Aube.

JURA ET FRANCHE-COMTÉ (Haute-Saône, Doubs, Jura, Ain)

Près de 62 % des réponses à l'enquête témoignent d'une situation favorable de l'allaitement maternel. Cependant 38 % accusent une diminution. Ces départements où culture, vigne, élevage dominant, où la

petite industrie est dispersée, ont une densité de population variant de 40 à 60 habitants au kilomètre carré. Dans le Jura, c'est un chiffre élevé pour une région montagneuse.

La natalité reste modérée. Mais la mortalité infantile dans les quatre départements reste inférieure à la moyenne. Les consultations de nourrissons sont répandues. Les primes d'allaitement agissent dans les milieux ouvriers, où le contrôle est satisfaisant.

Certaines réponses pourtant manquent d'optimisme : « *L'allaitement au sein continue de diminuer et bientôt n'existera plus* » (Ain). Et si le sevrage est précoce, l'agalactie étant souvent invoquée, c'est souvent sans avis médical.

L'entourage donne assez souvent des conseils pernicieux et plusieurs réponses affirment le manque de fermeté de certaines sages-femmes.

LORRAINE ET ALSACE

La population est très dense dans tous les départements : *Moselle, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Belfort, Vosges*.

Si la diminution de l'allaitement au sein se marque dans 38 % des réponses, la grosse majorité des correspondants qui affirment un *statu quo*, constate une quasi généralité au sein maternel. On peut donc conclure que, pour l'instant, la situation est relativement favorable.

Partout la natalité est supérieure à la moyenne de la France, mais la mortalité infantile reste élevée, surtout en *Meurthe-et-Moselle* (81,3 pour 1.000) et dans la *Meuse* (87,2).

Les régions industrielles et agricoles sont intriquées. Aussi les œuvres de puériculture sont-elles beaucoup plus nombreuses que dans d'autres régions purement rurales.

On note des consultations de nourrissons, et un

service social rural important. L'action des organismes est bienfaisante : « *La situation de l'allaitement maternel est redressée depuis que le service de puériculture fonctionne* » (Haut-Rhin).

Quant aux primes d'allaitement qui agissent surtout dans les régions industrielles, on leur reproche leur insuffisance : « *Il faudrait mettre les primes d'allaitement au coefficient 5 pour encourager vraiment l'élevage au sein* » (Meuse).

Mais sur bien des points, l'allaitement maternel est rare, certains milieux campagnards sont en retard de trente années sur les milieux bourgeois, où se dessine une réaction très nette en faveur de l'allaitement naturel.

Quelques avis méritent d'être rapportés : « *Dans les campagnes vosgiennes, 70 % sont au sein au début. Il y en a 45 % à la fin du deuxième mois.* »

De Meuse, on écrit qu'il faut évaluer « *à 20 % les enfants élevés au sein dès le premier jour et à 40 % les enfants sevrés entre les quatrième et dixième mois.* »

La situation peut être encore pire. Témoin cette réponse du Bas-Rhin : « *C'est seulement dans les familles aisées qu'on trouve quelquefois un allaitement* ».

Parfois, l'entourage montre peu de ténacité (*Meurthe-et-Moselle*). Il laisse subsister le préjugé du mauvais lait de la mère, ou du lait insuffisant en quantité. Souvent l'allaitement artificiel est conseillé avant même que le lait de la mère se soit adapté à la demande du nourrisson. Ce biberon, trop précoce, est souvent additionné trop copieusement de farines diverses plus ou moins lactées et phosphatées (*Moselle*).

Le travail, le désir de liberté de la mère, sont les raisons courantes de cet abandon. L'absence de sécrétion lactée est moins souvent signalée. Dans la reprise de l'allaitement au sein, la vulgarisation de la puériculture par le médecin, l'infirmière visiteuse, la consultation de nourrissons, semble primordiale.

DAUPHINÉ

(Haute-Savoie, Savoie, Isère, Hautes-Alpes)

Des réponses venues de ces départements, 45 % indiquent la diminution de l'allaitement maternel.

Ces régions ont une faible densité de population, dans les *Hautes-Alpes* 15 habitants au kilomètre carré. La natalité est moyenne, (on ne voit plus les nombreuses familles d'autrefois), la mortalité modérée.

Certaines conditions de climat et d'économie interviennent dans ces pays d'élevage où les vallées sont fertiles et cultivées, où les villages de montagne sont souvent isolés.

L'hiver, la paysanne des *Hautes-Alpes* allaite son enfant, car en cette saison elle ne travaille que très peu. Par contre, en *Haute-Savoie* l'excès du travail féminin (travaux en chambre l'hiver) provoque l'allaitement artificiel.

En été, la paysanne emmène son enfant aux champs et lui donne le biberon. L'émigration saisonnière et le développement touristique mettent en contact avec les paysannes les mamans des villes. Celles-ci nourrissent artificiellement et la tendance devient contagieuse.

D'autres circonstances interviennent, telle dans certaines régions, la facilité de se procurer sur place le lait de vache ou de chèvre, telle encore la lactation insuffisante qui fait, dès le troisième mois, instituer l'allaitement mixte.

Cependant, il n'y a pas d'idée préconçue contre l'allaitement au sein, considéré au contraire comme le plus simple et le plus économique. En *Savoie*, les services de surveillance sont considérablement développés et fonctionnent depuis plusieurs années complétant la consultation de nourrissons par les conseils à domicile donnés par les infirmières visiteuses.

BOURBONNAIS-AUVERGNE

(Allier, Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Loire)

45,5 % des réponses à l'enquête accusent dans ces régions la diminution de l'allaitement maternel et la situation est encore plus défavorable si l'on considère le nombre de cantons où l'abandon est complet.

Sauf dans la *Loire*, la densité de la population est faible, très faible même dans le Cantal (34,5 habitants au kilomètre carré). La natalité reste très modérée, surtout dans l'*Allier* et le *Puy-de-Dôme*, mais la mortalité infantile atteint des taux très élevés, dans la *Haute-Loire* (99,5 pour 1.000 naissances) et dans le Cantal (88,3).

Cet état de choses dans ces régions surtout agricoles est, pour une grande part, dû à l'agalactie maintes fois signalée, et qui est aujourd'hui nettement plus fréquente qu'avant guerre. D'après certains témoignages, pourtant, elle ne dépasse pas 10 % (Cantal).

Le travail des femmes paysannes est, en outre, très dur. Dans le Cantal : « *la femme en plus du ménage doit aider le mari et faire, en été, des journées de 15 et 16 heures* ». Parfois les femmes redoutent que l'allaitement ne les anémie. La mauvaise hygiène alimentaire, l'amointrissement du sens moral, semblent favoriser la cessation du sein.

Cependant, les primes sont agissantes et malgré l'allaitement artificiel, la vulgarisation des notions de puériculture entraîne d'année en année, une diminution notable des gastro-entérites d'été des nourrissons.

LANGUEDOC ET ROUSSILLON

(Lozère, Aveyron, Tarn, Hérault, Haute-Garonne, Aude, Ariège, Pyrénées-Orientales.)

Diminution marquée de l'allaitement au sein, 46,3 % des réponses en témoignent dans ces départe-

ments de natalité faible, très faible dans l'*Ariège* et dans les *Pyrénées-Orientales*. La densité de population est inférieure, sauf dans l'*Hérault*, à la moyenne de la France. Elle atteint dans la *Lozère* un chiffre très bas (21 habitants au kilomètre carré). La mortalité infantile est modérée.

Ici encore intervient l'absence de sécrétion lactée. Il faut assurément faire une part à la pusillanimité des mères. Cependant, il semble que le surmenage physique intervient. Dans certaines régions du *Tarn*, les femmes font huit heures de travail à l'usine, indépendamment des corvées ménagères et des travaux de culture. La déminéralisation, l'épuisement précoce, le mauvais pain, les fautes de diététique, facilitent l'agalactie. De l'*Aude*, on écrit : « *Il y a cinquante ans, les femmes élevaient dix à douze enfants sans fatigue ; aujourd'hui, la plupart sont incapables d'en allaiter un seul convenablement* ».

La promiscuité des jeunes femmes des villes en étend la propagande de l'allaitement artificiel (*Hérault*). Ce mode d'allaitement sévissait déjà en 1900, encore plus néfaste qu'aujourd'hui par la malpropreté et le biberon à tube (*Aveyron*). L'emploi des laits condensés s'étend (*Pyrénées-Orientales*). La crise morale dans les campagnes, prend en certains endroits une action prépondérante.

De nombreux cantons, toutefois, proviennent des réponses satisfaisantes. La prospérité avait fait abandonner le sein. Depuis la crise, c'est une économie. Parfois à défaut du sein complet, c'est l'allaitement mixte qui est le plus répandu (*Hérault*). Les primes d'allaitement (*Ariège*) agissent plus que les conseils médicaux, rarement suivis (*Hérault*) ; mais les primes données sont souvent mal contrôlées. La consultation de nourrissons devrait ici jouer son rôle, mais elle est encore peu répandue dans la campagne. En *Lozère*, on constate une bonne volonté générale des mères à allaiter et le nouveau-né est toujours le bienvenu dans la famille.

BERRI, MARCHE, LIMOUSIN
(Cher, Creuse, Indre, Haute-Vienne, Corrèze)

La situation de l'allaitement maternel se trouve sur la majorité des points, dans un *statu quo* favorable. Cependant 40,7 % des réponses attestent une diminution.

Ces départements sont assez déshérités : la natalité est très basse: « *sur 60 décès, 15 naissances* » (*Creuse*). L'exode vers les villes a entraîné une dépopulation des campagnes dont la densité est faible. Cependant, la mortalité infantile reste modérée.

Dans certaines régions, la cessation précoce de l'allaitement est nécessitée par l'agalactie que signalent 37 % des réponses. La diminution de la sécrétion lactée est, en ces pays, un fait nouveau, car on ne la signalait pas autrefois.

Ailleurs, l'allaitement, dans la partie agricole de la population, tombe au quart des parturientes. Le travail de la femme, faute de main-d'œuvre, influe en effet sur cette situation, malgré toute la bonne volonté de la mère (*Creuse*).

Là où persiste l'allaitement maternel, il y a des raisons d'intérêt plus qu'une application des notions de puériculture. « *On préfère vendre le lait de la vache pour faire du beurre et des fromages. Quant aux laits condensés, leur prix les prohibe formellement à la campagne.* » Préparer un biberon est d'autre part une complication qu'on évite.

En *Haute-Vienne*, dans la grande majorité des cas, la mère continue d'allaiter jusqu'au quinzième et même vingt-deuxième mois. Il faut noter, enfin, qu'on ne voit plus de nourrices mercenaires (filles-mères surtout) comme il y en avait il y a vingt ans. Rares sont les consultations de nourrissons. Elles sont peu suivies et peu encouragées par les pouvoirs publics qui cessent les subventions (*Indre*).

ORLÉANAIS ET TOURAINE
(Loiret, Loir-et-Cher, Indre-et-Loire)

Si l'allaitement maternel reste assez estimé dans ces régions, une forte diminution s'y accuse pourtant d'après 42,8 % des réponses à l'enquête.

Ces pays ont une densité de population relativement faible, une natalité voisine du taux moyen de la France, une mortalité faible.

Mais il s'agit de régions purement rurales, ou vini-
coles, et le travail de la femme, très dur, équivaut
souvent à celui d'un ouvrier agricole (*Loir-et-Cher*).
Les bonnes nourrices sont de plus en plus rares. Si,
dans l'*Indre-et-Loire*, l'allaitement maternel reste assez
répandu, les fautes alimentaires sont encore fréquentes
et se rapportent à des traditions que défendent les
vieillards. Une catégorie n'allaité toujours pas : celle
des domestiques de ferme et de maisons bourgeoises
ainsi que les forains.

En *Loir-et-Cher*, les contrats de louage des ménages
d'ouvriers agricoles rendent impossible l'allaitement
au sein, lequel semble cependant augmenter chez les
bourgeois, les cultivateurs non ouvriers de ferme, les
petits salariés.

Dans le *Loiret*, l'illégitimité est une raison trop fré-
quente du sevrage ou de la mise en nourrice.

Certaines conditions économiques actuelles ont pu
entraîner une augmentation de l'allaitement mater-
nel. On signale, en particulier, chez le vigneron, l'ab-
sence de vache laitière dans l'étable depuis la crise.

Dans le *Loir-et-Cher* et dans l'*Indre-et-Loire*, les
consultations de nourrissons se développent. Mais la
surveillance anténatale n'est pas systématiquement
organisée. Les femmes qui vivent dans les fermes
éparses, loin des chefs-lieux de canton, ont moins que
les autres la notion de l'utilité de cette surveillance.

GUYENNE ET GASCOGNE

(Gironde, Dordogne, Lot, Tarn-et-Garonne,
Lot-et-Garonne, Gers, Landes)

La diminution de l'allaitement au sein est affirmée par 42,8 % des réponses, contre près de 50 % attestant une situation favorable.

La natalité est faible dans ces départements qui tous, sauf la *Gironde*, ont une densité de population basse. La mortalité infantile est inférieure à la moyenne de la France, sauf dans le *Lot* et le *Tarn-et-Garonne*. Ce sont enfin des régions surtout agricoles (forêts et élevage, dans les *Landes* ; cultures et vignoble en *Gasconne* ; cultures maraîchères dans l'*Agenais*).

Là où se manifeste l'abandon de l'allaitement au sein, la cause primordiale dénoncée est la diminution de la sécrétion lactée. Tantôt, on invoque l'insuffisance des éléments nutritifs du lait maternel (*Tarn-et-Garonne*), tantôt l'absence de tranquillité matérielle ou morale, enfin et surtout l'état de dégénérescence de la race (*Landes*) comme en témoigne la fréquence des incidents au moment des couches.

Au contraire, les immigrées polonaises ou italiennes nourrissent au moins douze mois (*Gers*), mais parmi ces éléments mêmes on observe une diminution (*Lot-et-Garonne*). La fatigue du travail agricole intervient ici également.

Si, au bout de deux à trois mois, les mères renoncent à nourrir, l'allaitement mixte est rarement pratiqué (*Dordogne, Gironde*). C'est le sein ou le biberon. Parfois la situation apparaît très mauvaise. Depuis vingt-trois ans, un médecin du *Lot-et-Garonne* n'a pas vu plus de 8 % des mères gasconnes allaiter leurs enfants, et la perspective même de l'allocation ne les y décide point (*Lot*). Des matrones provoquent des dyspepsies en donnant des tisanes entre les tétées (*Dordogne*).

En d'autres cantons, l'allaitement est en progrès et

il faut en trouver la raison dans une économie plus sévère depuis la crise. Par endroits, il n'y a plus de nourrices mercenaires.

La pénétration des notions d'hygiène et de puériculture facilitée par les consultations de nourrissons (surtout en *Gironde*) facilitent l'émulation. Les primes des *Assurances sociales* agricoles agissent aussi (*Haut-le-Garonne*) bien qu'elles soient accordées parfois sans discernement (*Lot*).

BRETAGNE

La situation de l'allaitement maternel dans les départements du *Finistère*, *Morbihan*, *Côtes-du-Nord*, *Ille-et-Vilaine*, *Loire-Inférieure*, est défavorable disent 62,7 % des réponses, 46,7 % attestant même une diminution croissante. Un nombre minime seulement discerne une augmentation.

En Bretagne, la densité de la population est assez sensiblement supérieure à la densité moyenne de la France, surtout dans la *Loire-Inférieure* (93,1 habitants au kilomètre carré en 1921) et dans le *Finistère* (108). Ce sont des régions de forte natalité (allant en 1933 de 174 naissances pour 10 000 habitants, pour la *Loire-Inférieure*, à 222 pour le *Morbihan*), et cela encore que la mortalité infantile reste, dans les trois départements, supérieure au taux moyen de mortalité de France.

Dans ces pays essentiellement agricoles (élevage et cultures) et de pêche côtière, on signale partout la diminution de l'allaitement maternel, notamment dans les *Côtes-du-Nord*, l'*Ille-et-Vilaine*, la *Loire-Inférieure*. Les cas indiqués sont le travail agricole accru pour la fermière, depuis la crise qui oblige à supprimer la main-d'œuvre, et l'exode des mères vers le travail des villes. Rarement l'agalactie est signalée.

L'abandon du sein existe dans toutes les classes : « *Dans les classes pauvres, le nombre des nourrices est approximativement de 10 %* » (Ille-et-Vilaine). Aux primes, jugées trop faibles, les journalières préfèrent leur salaire. « *Les femmes de marin abandonnent d'une façon quasi générale l'allaitement au sein, soit dès l'accouchement, soit au premier prétexte.* » (Morbihan.)

La facilité est grande, d'ailleurs, de se procurer du lait de vache; il est à bas prix. Depuis la disparition du biberon à tube, et grâce à l'hygiène : « *Il n'y a aucune proportion entre les entérites graves jusqu'à la guerre et celles contractées actuellement* » (Ille-et-Vilaine).

28 % des réponses seulement constatent, aux points d'où elles proviennent, une majorité dans la pratique de l'allaitement maternel. Ailleurs, beaucoup de mères continuent quelques tétées « pour retarder les chances d'une nouvelle grossesse » et cette mentalité explique la dénatalité signalée dans un certain nombre de cantons « *au moins 50 %* » (Finistère).

De vieilles coutumes difficiles à combattre, subsistent encore dans certaines campagnes : par exemple l'adjonction de tapiocas épais dès les premiers mois (Finistère). Quant aux primes d'allaitement, elles sont critiquées : insuffisantes, mal réparties, n'atteignant qu'une minorité des femmes et difficilement perçues : « *Pour toucher les primes, les nourrices sont tenues de se présenter chaque mois à une consultation et faire parfois 14 kilomètres à pied par n'importe quel temps* » (Morbihan). Dans ces conditions, on peut comprendre que les consultations de nourrissons, quoique assez répandues, surtout dans le *Finistère* et la *Loire-Inférieure*, ne suffisent point à rendre meilleure la situation de l'allaitement maternel, qui, d'après les réponses obtenues reste précaire en Bretagne.

POITOU ET ANGOUMOIS

(Vendée, Deux-Sèvres, Charente-Inférieure,
Charente, Vienne)

L'allaitement maternel est en forte diminution (50 % des réponses). La densité de population est faible, surtout dans la *Charente-Inférieure*. Le taux de mortalité infantile est inférieure à la moyenne de la France.

Malgré la bonne volonté des mères, l'absence de sécrétion lactée entraîne l'abandon du sein. 36,8 % des réponses signalent cette agalactie. Parfois même la situation est pire : « 60 % ne peuvent nourrir que quelques mois ou quelques semaines » (*Deux-Sèvres*). Les conseils de l'entourage et surtout des personnes âgées tendent à faire adopter le biberon. Il permet à la femme de prolonger son travail aux champs et aussi d'éviter le risque du vieux préjugé de l' « anémie ». Il faut malheureusement signaler que la sage-femme dans quelques cas, ne montre pas assez de fermeté. Après les couches, le repos est insuffisant et trop vite suivi d'un travail intensif (*Charente-Inférieure*).

Dans certaines régions, la bacillose est fréquente et entraîne le sevrage (*Deux-Sèvres*). Dans la *Vienne* cependant où la population de nombreux cantons est saine au physique et au moral, sans manifestations de tuberculose osseuse, ganglionnaire ou pulmonaire, les femmes des cultivateurs restent fidèles au sein. Au contraire, les femmes d'artisans, employés, fonctionnaires, demeurant dans les agglomérations rurales, passent à l'allaitement artificiel à la naissance ou peu après.

Pour l'enfant au sein, les erreurs de diététique sont fréquentes et entraînent des troubles gastro-intestinaux. C'est prétexte à vanter et instaurer le biberon.

Les consultations de nourrissons sont rares, sauf en *Vendée*. 50 % seulement des femmes s'y présentent et bien souvent de riches cultivatrices (*Vendée*).

Quant aux primes, d'après des témoignages produits à l'enquête (*Charente-Inférieure*) leur contrôle ne serait pas suffisamment établi.

BASSIN PARISIEN — ILE DE FRANCE

Dans les départements de *Seine-et-Oise*, *Seine-et-Marne*, *Eure-et-Loire* et *Eure*, l'enquête détermine une situation franchement défavorable de l'allaitement maternel. Près de 66,5, % des réponses en témoignent. On signale le sevrage précoce ou l'institution d'emblée d'un allaitement artificiel. Seul un petit nombre de médecins ruraux, en *Seine-et-Oise* et *Seine-et-Marne* notamment, montre de l'optimisme.

La densité de la population est très variable dans les quatres départements. Très forte en *Seine-et-Oise* (elle atteignait en 1926 au kilomètre carré. 162,9 habitants) elle est au-dessous de la moyenne dans les autres (de 60 à 40). Mais la mortalité infantile est très élevée ; au-dessus de 75 pour 1.000, taux brut en 1933 et même 88,7 pour l'*Oise*. Les régions agricoles dominant en Brie et en Bauce. Dans l'*Oise*, la *Seine-et-Oise*, la région parisienne, les zones industrielles, très denses, s'imbriquent avec les régions de cultures ; il est donc malaisé de borner l'enquête à une population rurale, dont l'exode souvent journalier vers les centres urbains est croissant.

Dans la banlieue de Paris, l'élément agricole est peu marqué. Ou bien les femmes, employées en grand nombre dans la capitale, s'absentent toute la journée, et l'allaitement est alors fonction des déplacements de la mère. Ou bien la paysanne travaille à l'usine ; elle préfère, dans ce cas, son salaire aux allocations ou primes. Le chômage, cependant, détermine une augmentation de l'allaitement au sein : les femmes trouvant peu de travail restent chez elles et allaitent.

Dans les circonscriptions proprement rurales, la situation est peu brillante, surtout en ce qui concerne

l'ouvrière agricole. Il ne s'agit pas là de mauvaise volonté. Mais les campagnes se dépeuplent, il y a manque de main-d'œuvre. Un médecin de *Seine-et-Oise* écrit : « *Beaucoup de mères allaitent deux mois ; puis forcées de travailler abandonnent le sein pour le biberon* ».

L'agalactie, d'autre part, dans certaines régions, joue un rôle considérable : « *A peu près la moitié des femmes ont le désir de nourrir, mais ne dépassent guère trois mois d'allaitement, quand elles y parviennent. Chez plusieurs, il faut donner un biberon dès la première semaine* » écrit-on de Beauce. La proportion des allaitements au sein est parfois très basse : « *Une femme sur dix allaite* » (*Seine-et-Marne*), « *une sur trente* » (*Seine-et-Oise*).

Dans les quatre départements, 43,5 % des réponses nous signalent cette diminution de la sécrétion lactée. Et peut-être faut-il voir là une raison de la grande différence de situation qui se marque entre ces régions du rayonnement parisien et l'Artois et la Picardie, où cette agalactie n'a été signalée que par 17,5 % des réponses. Quant aux causes locales, elles sont dans la mauvaise alimentation, dans l'excès de travail physique chez l'ouvrière agricole, pour certaines dans l'hérédité : « *Les Beauceronnes ne paraissent pas être héréditairement de bonnes nourrices, leurs mères et leurs grands'mères ont négligé de les allaiter* » (*Eure-et-Loire*). Il est vrai que certains ont observé ces faits « *chez des femmes de toutes conditions, riches ou pauvres, nerveuses ou non, sans profession ou travaillant, aussi bien chez des personnes se nourrissant bien que chez d'autres, obligées à se restreindre, du moins en qualité* » (*Seine-et-Oise*).

Aussi l'allaitement artificiel s'est-il très répandu ; et les mères y deviendraient fort habiles. Cependant (*Seine-et-Marne*) le lait de vache présente souvent des inconvénients locaux : animaux ne sortant jamais, venant de vêler, nourris de tourteaux de conserve.

Plus rarement, interviennent ici des causes d'ordre moral, telles que le désir de liberté ou l'égoïsme féminin. Ces mêmes causes d'ailleurs sont à la source du dépeuplement des campagnes et de la dénatalité.

Cette baisse de la natalité apparaît en progression dans l'Oise et la Seine-et-Marne. Il s'en est suivi la suppression de quelques consultations de nourrissons, lesquelles, cependant, restent très répandues en Seine-et-Oise et sont nombreuses dans l'Oise et la Seine-et-Marne. Leur action est efficace ; elles permettent dans certains milieux ruraux, un *statu quo* satisfaisant ou une augmentation. Les conseils des médecins, renforcés par l'influence favorable des primes (Assurances sociales, mutualités) encouragent les mères. « *Sans ces allocations, écrit un médecin, l'allaitement maternel serait nul* ».

PROVENCE — COMTAT VENAISIN — COMTÉ DE NICE
(Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Alpes-Maritimes,
Basses-Alpes)

Importante diminution de l'allaitement maternel, signalée par 55 % des réponses. Et il faut observer par ailleurs, que le *statu quo* où se fixe une minorité du sein est important.

La natalité est basse dans ces départements, très basse même dans les *Bouches-du-Rhône* et les *Alpes-Maritimes* (12.7 pour 1.000 habitants). La mortalité infantile reste modérée pour une population de densité inégale, très forte dans les *Alpes-Maritimes*, les *Bouches-du-Rhône*, faible dans les trois autres départements.

Il semble ici que les causes d'ordre moral l'emportent sur les nécessités sociales et l'absence de sécrétion lactée : les paysannes se détachent de plus en plus de leur rôle de nourrice, nonchalantes et pensant davantage à leur bien-être (*Vaucluse*). Dans certaines ré-

gions du *Var*, les produits se vendent au prix fort (fleurs) d'où une facilité d'existence qui n'incite point aux abnégations du foyer. L'agalactie d'ailleurs se fait aussi sentir. La nature du sol, dans certaines régions de culture maraîchère, où la paysanne se nourrit beaucoup de légumes verts (*Bouches-du-Rhône*), est peut-être une cause locale. On constate des sevrages avancés dans les *Basses-Alpes*. Et l'on fait, en *Vaucluse* et dans le *Var*, une comparaison désavantageuse de la nourrice française avec les nourrices étrangères, italiennes ou espagnoles, chez lesquelles l'allaitement maternel est toujours en honneur.

Dans les régions où l'ouvrier rural a disparu (*Vaucluse*), la femme partage le travail du mari. Quant aux fautes d'alimentation, elles sont fréquentes, les mères ignorant souvent tout ce qui concerne les dosages et les balances, écrit-on du *Var*. Aussi chez les enfants élevés au biberon, l'état de santé apparaît-il parfois meilleur (*Var*). A signaler l'extrême diffusion des laits condensés ou en poudre; même dans les fermes où l'on trouve du lait frais de vache ou de chèvre, la plupart des enfants sont alimentés avec du lait conservé.

Si l'allaitement au sein persiste en de nombreux endroits, c'est par commodité et par économie, grâce à l'attrait des primes, par l'action bienfaisante, en pays de montagne, du médecin cantonal, qui conseille et instruit les jeunes mères.

BÉARN

(Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées)

La situation est défavorable dans ces deux départements où l'on observe en certains cantons une dénatalité croissante. La densité de peuplement est faible, surtout dans les *Hautes-Pyrénées*.

L'absence de sécrétion lactée est une cause primordiale de l'abandon du sein. L'absence de main-d'œuvre

et le dépeuplement rural entraînent le surmenage féminin (*Basses-Pyrénées*). Le pain est fréquemment mauvais et la race est en voie de dégénérescence en raison de l'expansion de deux fléaux : l'alcoolisme répandu à tous les âges ; la tuberculose apportée dans les villages par les jeunes gens des villes (*Hautes-Pyrénées*).

L'allaitement mixte est donné avec une fréquence variable selon les cantons. L'allaitement maternel, là où il est encore en honneur, se prolonge parfois jusqu'à treize et vingt mois. Malgré quelques consultations de nourrissons, il reste beaucoup à faire en matière de puériculture.

VALLÉE DU RHONE

(Rhône, Gard, Drôme, Ardèche)

On est frappé du grand nombre des réponses qui constatent dans ces départements la défaveur de l'allaitement maternel : près de 70 %. Et 64 % annoncent une nette diminution.

Il est difficile assurément de faire, dans ces régions très industrielles, les parts respectives des éléments agricoles et ouvriers. La densité de la population, sauf dans le *Rhône*, reste modérée. La natalité est basse, et la mortalité infantile proche du taux moyen.

Mais d'où vient un état de choses aussi peu satisfaisant ?

Alors que l'on constate depuis 1930, dans les milieux ouvriers, une augmentation du sein maternel, chômage et primes agissant, la paysanne renonce à nourrir. Sa mentalité présente lui fait redouter cet « accident » qu'est la maternité, et lorsque l'enfant arrive elle n'admet plus la sujétion du sein. D'ailleurs, partout où les bonnes volontés persistent, il est un autre obstacle : l'agalactie, signalée dans le *Gard* et la *Drôme* surtout où les mères, par économie, s'efforcent d'allaiter.

L'agalactie semble dépendre ici de divers facteurs : peut-être une moins grande résistance de la femme, la ville ayant attiré les éléments les plus vigoureux ; l'alcoolisme héréditaire (*Ardèche*), les eaux dépourvues de sels de chaux (*Gers*), ailleurs le travail épuisant. Et l'on peut faire ici la comparaison inévitable entre la mère française et les mères italiennes qui, nombreuses dans certaines régions (*Gard*), sont prolifiques et allaitent toutes au sein.

Souvent, la mère, pour travailler en usine avec son mari, met en nourrice ses enfants. Chez celles qui donnent le sein, c'est souvent au deuxième ou troisième mois l'allaitement mixte, au quatrième ou cinquième l'allaitement artificiel. La facilité d'avoir sur place du lait de vache et de chèvre (*Ardèche*) accuse cette tendance. Mais, dans ces pays, pendant les chaleurs, le lait condensé paraît moins dangereux que le lait de vache frais.

Dans la *banlieue lyonnaise*, les « Gouttes de Lait » conseillent les mères et s'occupent des enfants. Il y a d'ailleurs des consultations de nourrissons dans toute la *Vallée du Rhône* ; mais dans les régions purement agricoles elles sont encore très peu développées.

CHAPITRE III

MESURES REALISEES OU REALISABLES EN FAVEUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL LEUR APPLICATION ACTUELLE AU MILIEU RURAL

L'enquête dont nous venons d'exposer les résultats nous a permis de conclure à un abandon marqué de l'allaitement maternel dans les campagnes de France. Les causes de cet abandon se sont révélées multiples. Il nous faut rechercher maintenant quelles méthodes ont été suivies, quelles mesures ont été prises, jusqu'à présent, pour enrayer une tendance qui compromet gravement la croissance de l'enfant du premier âge. Ces méthodes et mesures sont nombreuses ; elles procèdent de l'initiative publique ou privée. En fait, elles concordent pour remplir ces deux buts :

Aider les mères pécuniairement,

Vulgariser la puériculture.

Nous verrons qu'elles n'atteindront leur pleine efficacité qu'à la condition d'être complétées et coordonnées par des *mesures d'intérêt général*.

Notre dessein n'est pas de donner ici un commentaire détaillé des efforts poursuivis. Nous nous bornerons dans un exposé succinct à rechercher si, dans le cas particulier des milieux ruraux, les méthodes adoptées ne sont points desservies par certains défauts d'application.

I

AIDE PECUNIAIRE AUX NOURRICES

L'aide pécuniaire aux nourrices est assurée par des *primes*, officielles ou privées.

Le but de ces primes est soit d'encourager directement l'allaitement maternel, soit de le faciliter de façon indirecte, lorsqu'elles sont versées au titre d'allocations aux femmes en couches, de primes à la natalité ou aux familles nombreuses, de secours préventifs d'abandon.

1° PRIMES OFFICIELLES

Les dispositions législatives organisant les primes officielles sont :

DANS LE CADRE MUNICIPAL :

a) Lois de 1913, 1919, 1930, sur le repos des femmes en couches et l'allaitement maternel, complétées par les décrets-lois de 1935.

b) Loi de 1918 sur les primes à la natalité.

c) Lois de 1913 et suivantes sur l'assistance aux familles nombreuses.

DANS LE CADRE DÉPARTEMENTAL :

a) Législation des Assurances sociales (1928-1930).

b) Loi de 1904 établissant les secours préventifs d'abandon.

Nous allons rapidement exposer ces dispositions protectrices en étudiant la portée réelle de leur application dans les milieux ruraux.

A. — Mesures prises dans le cadre municipal

a) *Lois sur le repos des femmes en couches et l'allaitement maternel.*

La première en date de ces lois, celle du 17 juin

1913, dite loi Strauss, a prévu le repos légal de la femme en couches et institué pour la période de repos qui précède et suit les couches, une allocation journalière. D'abord réservé aux salariées, le bénéfice de cette allocation a été étendu (loi du 2 décembre 1917) à toute femme française, dont les ressources sont prouvées insuffisantes.

Le taux de cette indemnité, modifié par des lois ultérieures (4 janvier 1928 et 16 avril 1930) est fixé par chaque municipalité sous réserve de l'approbation du Conseil général et du Préfet. Elle ne peut être inférieure à 2 fr. 50. Si elle dépasse 7 fr. 50 l'excédent est à la charge de la commune.

Le paiement de cette allocation est faite pendant les quatre semaines qui précèdent les couches et durant les quatre semaines qui les suivent, sur production d'un certificat médical de grossesse.

La loi prévoit un contrôle de ses prescriptions en ce qui concerne le repos obligatoire et l'indemnité. Ce contrôle est assuré soit par une personne qualifiée choisie dans chaque commune par le Bureau d'Assistance, soit par toute œuvre privée préalablement agréée, et qui, subventionnée par l'Etat, le département ou la commune, assure le service des allocations aux bénéficiaires, tout en exerçant la protection et la surveillance prescrites par la loi.

Enfin, le législateur accorde une prime aux mères qui allaitent : ce n'était au début qu'une faible majoration de l'allocation (0 fr. 50 par jour dans la loi de 1913) perçue pendant les quatre semaines de repos légal qui suivent les couches.

La loi du 26 octobre 1919 a institué une prime mensuelle de 15 francs versée aux bénéficiaires de l'assistance aux femmes en couches qui nourrissent leur enfant au sein, versement étendu à toute la première année, chaque commune pouvant augmenter la prime sur son propre budget, après avis du Conseil général. La loi des finances du 16 avril 1930 a relevé le taux

de ces primes (45 francs au lieu de 15) pendant les six premiers mois.

En 1914, 44.143 femmes touchaient des primes d'allaitement. Le nombre des bénéficiaires s'est élevé à 265.412 en 1930.

Les décrets-lois du 30 octobre 1935 rendent les primes d'allaitement, primitivement attribuées aux seules bénéficiaires de la loi Strauss, indépendantes de cette loi. Une femme qui ne s'est pas fait inscrire pour bénéficier de cette loi, peut désormais, après les justifications nécessaires, demander et obtenir des allocations d'allaitement. Les décrets de 1935 s'inspirent des dispositions essentielles du projet déposé naguère par Paul Strauss sur la révision de la loi Roussel et dont le principe avait déjà été adopté par les Chambres, pour étendre la protection de l'Etat aux enfants dont la mère reçoit un secours public d'allaitement (loi du 24 octobre 1919). L'enfant sera désormais surveillé, et pourvu à sa naissance d'un carnet de croissance délivré gratuitement, et destiné à accroître l'efficacité de la protection.

Ajoutons que les décrets ne modifient pas le régime des consultations de nourrissons non plus que le rôle des sages-femmes et visiteuses. Leur action, dont on ne saurait négliger l'importance, et qui complète celle du médecin-inspecteur, fera vraisemblablement l'objet de règlements d'administration publique ou d'instructions ministérielles.

b) Primes à la natalité.

Elles sont versées par les communes, en vertu des lois des finances du 29 juin 1913 et du 30 avril 1921, à toute famille de nationalité française, quelle que soit sa situation de fortune, à l'occasion de la naissance du troisième enfant et des suivants. Le taux de base de ces primes est de 250 francs. Il peut atteindre et même dépasser 1.250 francs.

En *Seine-et-Marne*, les primes distribuées en 1930

dans 485 communes sur 534, ont atteint un total de près d'un million (999.491 francs).

En *Charente-Inférieure*, les primes à la natalité données en 1932, se sont élevées à 609.925 francs avec pour 43 % de contribution de l'Etat.

e) Assistance aux familles nombreuses.

Par la loi du 14 juillet 1913, tout chef de famille française, ayant à sa charge au moins trois enfants de moins de treize ans, et au minimum un au de résidence dans la commune, touche, si ses ressources sont insuffisantes, une allocation annuelle. Le Conseil municipal fixe le taux de cette allocation qui varie entre 270 et 300 francs, par enfant bénéficiaire selon les communes.

La loi du 22 juillet 1923, modifiée par les lois du 13 juillet 1925, 29 avril 1926, 16 avril 1930, accorde une allocation qui ne peut être cumulée avec la précédente, à tout chef de famille française ou naturalisé français, père d'au moins trois enfants de moins de treize ans.

Celle-ci est fixée par l'Etat. Les départements et les communes peuvent la majorer sur leurs ressources propres.

Quand la mère est veuve ou abandonnée, elle touche une allocation si elle a au moins deux enfants de moins de treize ans.

Tel est l'effort réalisé dans le cadre municipal. Les primes d'allaitement sont manifestement trop faibles pour permettre à la mère de nourrir sans chercher d'autres ressources. Mais leur efficacité morale, certaine, influe au moins sur la continuation de l'allaitement mixte.

Les autres primes (natalité et familles nombreuses), si elles ne tiennent pas compte de l'allaitement au sein, n'en contribuent pas moins, indirectement, à le faciliter. L'infirmière visiteuse peut donc y trouver un argument pour persuader les mères à continuer l'allaitement.

Quant à l'application de ces lois, dans les milieux ruraux, il est intéressant, pour en tirer une conclusion, de se reporter à l'enquête du Comité National de l'Enfance, de 1935, tout en précisant qu'elle est antérieure aux décrets-lois d'octobre de la même année.

Constatation générale: partout où les primes sont accordées généreusement par les Municipalités, l'allaitement maternel est en progression.

Mais, bien plus souvent, malgré les sommes considérables qu'il en coûte aux budgets, le taux des primes est insuffisante et cette insuffisance, qui interdit aux mères d'être les nourrices payées de leurs enfants, s'aggrave encore de la parcimonie de certaines municipalités soucieuses d'équilibrer un budget déficitaire. La femme alors ne peut renoncer à son salaire. A la campagne, si une travailleuse, même salariée, demande l'allocation, elle ne réduit pas son travail, ou elle le recommence trop tôt. Et nous en arrivons à la question du contrôle de ces primes. Avant les décrets-lois d'octobre 1935, non seulement les allocations d'allaitement n'étaient accordées qu'aux bénéficiaires de la loi Strauss, en nombre forcément restreint à la campagne, mais encore une absence fréquente de contrôle était un fait courant. Telle prime, accordée au lendemain des couches sur le vu d'un simple certificat, était continuée pendant six mois sans vérification sérieuse, alors que bien souvent l'allaitement au biberon était depuis longtemps institué. Ce fait ressort de l'enquête. Il y est signalé même que, parfois, une fausse déclaration d'allaitement au sein, non contrôlée, entraîne le paiement des primes.

Ainsi conçue, la portée des lois appliquées dans le Cadre Municipal était forcément des plus faibles et ne pouvait guère, en milieu rural, favoriser l'allaitement au sein. Les décrets-lois du 30 octobre 1935, en étendant le bénéfice de ces dispositions à d'autres qu'aux bénéficiaires de la loi Strauss, et surtout en

instituant une protection et un contrôle sérieux de ces catégories d'enfants, marquent un progrès incontestable.

Le taux de ces primes n'en reste pas moins des plus modérés, surtout si on le compare aux primes, beaucoup plus intéressantes, versées au titre des Assurances Sociales et que nous allons examiner.

B. — Mesures prises dans le cadre départemental

a) *Loi des Assurances Sociales.*

La loi du 5 avril 1928 (modifiée par celle du 30 avril 1930) a réalisé l'Assurance Maternité, et fait ainsi un pas très important dans la voie de la protection maternelle et infantile. L'allaitement maternel en particulier a fait l'objet d'un paragraphe spécial de l'article 9 qui organise cette assurance.

L'assurée qui allaite son enfant a droit, pendant la durée de l'allaitement qui ne peut dépasser neuf mois, aux allocations mensuelles suivantes :

150 frs pendant les 4 premiers mois

100 frs pendant les 2 mois suivants

50 frs pendant les 3 derniers mois

Cette prime n'est payable que si la mère allaite complètement son enfant. Nous verrons que l'adjonction de cet adverbe *complètement* donne lieu à des difficultés d'interprétation telles qu'elle tend parfois à supprimer pratiquement l'allocation.

La loi a prévu enfin, pour les mères incapables de faire cet allaitement complet, le paiement de bons de lait dont la valeur, en aucun cas, n'excédera les $\frac{2}{3}$ des primes d'allaitement.

Ces dispositions en faveur de l'allaitement maternel s'ajoutent aux autres mesures prévues dans le cadre de cette protection assurée par l'Etat à la mère et à l'enfant :

Prestations en nature, médicales et pharmaceuti-

ques, perçues au cours de la grossesse et des six mois qui suivent l'accouchement.

Indemnités journalières égales au demi-salaire de l'assurée, pouvant atteindre 18 francs par jour, payables pendant les six semaines qui précèdent l'accouchement et les six semaines qui suivent — sous certaines conditions.

Assurance maladie-invalidité en cas de grossesse pathologique.

Des sanctions, avec retrait des allocations, peuvent être entraînées par la non-observation, de la part des bénéficiaires, des prescriptions imposées par la caisse des Assurances et qui concernent en particulier les visites périodiques à domicile, la fréquentation régulière des Consultations maternelles et des Consultations de nourrissons. Le contrôle est exercé par les administrations, les sections locales, les correspondants locaux, les visiteuses.

L'article 20 prévoit enfin la contribution des Assurances Sociales aux charges de famille pour chaque enfant âgé de plus de six semaines et de moins de 16 ans.

Les Caisses Primaires, fonctionnant dans le cadre départemental, et, exceptionnellement, une Caisse interdépartementale sont chargées de la gestion de la loi et en particulier de l'Assurance Maternité.

La législation nouvelle a donc prolongé le repos prévu par la loi Strauss pour les femmes en couches. Elle a surtout attribué des primes d'allaitement qui font plus que tripler la prime mensuelle établie dans le cadre de la loi Strauss par les lois de 1919 et de 1930.

Cependant, l'insertion, dans l'article 9 de la loi, de l'adverbe « complètement » restreint l'attribution des primes. Peu de mères allaitent exclusivement au sein leur enfant âgé de plus de 3 mois. En juin 1932, la conférence de l'Assurance Maternelle a émis le vœu qu'une modification soit apportée sur ce point du

texte litigieux: ce dernier a déjà suscité une jurisprudence: un jugement récent de la Cour de Cassation (Mars 1936) sur la question de savoir si une femme incapable d'allaiter même partiellement son enfant peut toucher des bons de lait, s'est prononcée pour l'affirmative.

Voyons maintenant quelles sont les bénéficiaires de la nouvelle loi et où en est son application dans le milieu rural.

Deux cas sont à envisager: la mère est salariée ou non salariée.

1) Salariée :

Elle touche moins de 15.000 francs. Elle est alors *assurée sociale obligatoire*.

Dans ce cas :

NON INDIGENTE: a) elle touche les prestations en nature, moins sa contribution obligatoire aux frais médicaux et pharmaceutiques.

b) elle touche les prestations en espèces: demi-salaire six semaines avant et après l'accouchement; allocation mensuelle d'allaitement.

INDIGENTE: Elle bénéficie des mêmes avantages, sans avoir à participer aux frais médicaux et pharmaceutiques.

2) Non Salariée :

Mariée à un assuré obligatoire ou facultatif, elle peut :

Soit bénéficier d'une assurance dite « spéciale ». Ne versant aucune cotisation, elle a droit alors: a) aux prestations en nature en participation perçues au titre des assurances sociales; b) aux avantages des lois de protection maternelle et infantile (lois de 1913, 1919, 1930) ;

Soit participer à l'assurance facultative.

Non mariée à un assuré, elle peut être *assurée facultative*. A cette assurance, peuvent être admises

d'une manière générale toutes celles qui, sans être salariées, vivent principalement du produit de leur travail. Elles jouissent alors de tous les avantages des Assurances Sociales.

Ce qui frappe tout de suite dans la répartition de ces bénéficiaires, c'est l'inégalité des droits entre l'assurée qui touche 350 francs de primes d'allaitement, parce qu'elle a travaillé quelques mois avant son accouchement, et la femme de l'assuré qui ne reçoit rien, hors des prestations en nature, et n'a pas toujours les ressources lui permettant de s'affilier à une caisse au titre facultatif. Pour elle, l'extension des pleins droits à l'assurance maternité semble une des réformes les plus urgentes qu'ils convient d'apporter à la loi.

Considérons à présent l'application de la loi dans le cadre rural.

Les réponses à l'enquête sont unanimes à constater son résultat favorable. Alors que les femmes non assujetties aux Assurances Sociales ont une tendance assez marquée à ne pas allaiter leurs bébés et à donner le lait de vache qu'elles se procurent facilement, partout où se trouvent des affiliées, on constate la reprise de l'allaitement maternel. Cela s'explique aisément : une assurée sociale qui place son enfant en nourrice doit payer 150 francs par mois au minimum. Si, au contraire, elle garde l'enfant et le nourrit au sein, c'est elle qui touche des Assurances Sociales une somme à peu près équivalente — tout en faisant l'économie de la nourrice. Elle y gagne donc 150 francs qu'elle économise, plus 150 francs qu'elle touche des Assurances Sociales, soit près de 300 francs, c'est-à-dire à peu près ce que certaines gagneraient en travaillant, en admettant qu'elles trouvent du travail.

Nous avons vu l'inégalité des droits entre l'assurée et la femme de l'assuré. Certaines caisses ont voulu remédier à cette condition défavorable : telle la Caisse départementale des Assurances Sociales de Charente-Inférieure, qui paye aux femmes d'assurés des primes d'allaitement au sein de 50 francs par mois les deux

premiers mois et de 40 francs par mois du troisième au cinquième mois inclus d'allaitement au sein.

Dans l'Oise, les Caisses ont étendu l'avantage des primes aux conjointes, avec des avantages moindres, mais encore appréciables, d'où une augmentation de la proportion des allaitements maternels.

Actuellement, néanmoins, la loi nouvelle n'a dans les campagnes qu'une portée restreinte. Le texte insuffisant de l'article 3 supprime dans certains cas toute subvention à des assurées récentes, qui recevaient primitivement les allocations prévues dans les lois d'assistance maternelle et infantile. Aussi les mères ne prennent-elles pas le temps nécessaire pour se soumettre aux visites des Consultations. Rendre ces visites obligatoires, dans le cadre de la loi, aura fait beaucoup pour l'éducation des nourrices et la santé de l'enfant.

Il n'existe, d'autre part, dans la campagne qu'un petit nombre d'assurés sociaux. Si dans certaines régions (Deux-Sèvres) la majorité des ruraux sont inscrits aux Caisses comme obligatoires ou facultatifs, il y a, en d'autres départements, bien des retardataires. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de cultivateurs, petits propriétaires, vivant du produit de leur travail. Ils peuvent donc relever de l'Assurance facultative. Peu y viennent en réalité ; et en 1933, sur 10.178.337 assurés, on comptait 9.258.330 assurés urbains et 920.007 ruraux, soit 1/10 seulement d'assurés agricoles.

Nous verrons, par ailleurs, que les ressources des Caisses qui, nous l'avons vu, permettent, en divers cas, d'obvier à certains inconvénients de la loi, permettent l'éclosion d'une politique nouvelle de protection infantile.

b) A l'effort exercé dans le Cadre Départemental en faveur de l'allaitement maternel, nous rattacherons les *Secours Préventifs d'abandon*. Etablis par la loi de 1904, ces secours varient selon les départements.

Ils sont payés à la mère si elle élève elle-même son enfant, ou à une nourrice pour le compte de la mère, dans le cas contraire.

Lorsque la mère allaite son enfant, jusqu'à l'âge de un an, elle peut recevoir, en plus, une prime de 50 francs par trimestre, soit 200 francs.

*
**

Telles sont les mesures d'encouragement officiel à l'allaitement maternel, considérées dans le cadre municipal et le cadre départemental.

Nous avons vu que les primes municipales d'allaitement ont été entièrement modifiées par les décrets-lois de 1935, qui les ont étendues à d'autres catégories de mères que celles bénéficiaires de la loi Strauss, et qui les ont mises sous le contrôle de l'Etat. Ainsi pourront être réprimés les abus et réduits les défauts révélés par l'enquête du Comité de l'Enfance. Reste le taux, notoirement insuffisant, incapable de compenser un salaire.

Quant aux Assurances Sociales, leurs primes sont des plus intéressantes, mais les textes sont encore imprécis; il y a des insuffisances en ce qui concerne la femme de l'assuré; enfin, elles ne visent actuellement qu'une minorité d'assurés agricoles.

Il y a donc encore, dans ce domaine, beaucoup à faire, en dépit des améliorations récentes.

*
**

2° EFFORT PRIVE

Les œuvres privées sont très développées dans les grandes villes. Elles complètent, dans nombre de cas, par leur assistance, les secours accordés par l'Etat ou l'Assistance Publique.

Certaines sociétés assistent les mères pauvres qui allaitent: *Société de Charité Maternelle*, *Société Pro-*

tectrice de l'Enfance, Société de l'Allaitement Maternel, et d'autres.

Dans les régions industrielles urbaines, l'assistance patronale s'est manifestée. Elle a permis d'octroyer des primes suffisantes pour permettre à la femme d'élever son enfant à domicile, en le nourrissant au sein, du moins les premiers mois. A ce résultat tend le développement des allocations familiales données par les *Caisses de Compensation*, des primes de natalité et des primes d'allaitement, accordées par les industriels à l'aide de ces Caisses.

De multiples administrations financières et commerciales ont, elles aussi, recherché les moyens les plus aptes à protéger la mère et l'enfant en facilitant l'allaitement naturel.

A la campagne, la charité privée reste, en général, très limitée dans ses efforts. Les conditions favorables qui se présentent dans les milieux urbains ou industriels ne se trouvent plus dans les milieux ruraux.

Des tentatives heureuses ont été faites néanmoins dans nos campagnes, et — grâce notamment aux informations communiquées par le Docteur Beutter (Mutualités de la Loire) et par M. Bonvoisin, directeur du Comité Central des Allocations familiales — nous examinerons l'action poursuivie en milieu rural par deux sortes d'organismes privés :

- Les Mutualités Maternelles,
- Les Caisses de compensation agricoles.

1° MUTUALITÉS MATERNELLES

Elles se sont développées dans un certain nombre de départements où elles contribuent à favoriser l'allaitement maternel.

Dans la *Loire*, par exemple, existent trois Mutualités Maternelles, à caractère départemental et rural, qui accordent des primes à la naissance, organisent des consultations prénatales et de nourrissons au pro-

fit des habitants des campagnes, et distribuent des primes d'allaitement. Les femmes sociétaires peuvent ainsi prendre, après leur accouchement, un repos de quatre semaines pour rétablir leur santé et donner à leur enfant les soins qu'il réclame. En 1934, la *Mutualité Maternelle Départementale de la Loire* a distribué pour 69.624 francs de primes de repos, 22.050 francs de primes d'allaitement, 2.463 francs de primes d'assiduité aux consultations de nourrissons.

La *Mutualité Maternelle Départementale de Seine-Inférieure*, avec 40.198 membres participants, a payé en 1932, 427.055 francs d'allocations de naissances et 104.145 francs de primes d'allaitement, 12.900 francs de secours aux sociétaires en chômage pour naissance d'enfants.

On voit donc l'intérêt de ces Mutualités dans les départements où elles permettent auprès des paysannes de favoriser et vulgariser l'allaitement maternel. Mais bien entendu elles existent uniquement dans les régions où la protection de l'enfance est très poussée.

2° CAISSES DE COMPENSATION

Ces dernières ont eu dans les villes une action remarquable. Au point que la loi du 12 mars 1932 sur les allocations de famille a rendu *obligatoires* les allocations que bénévolement et à titre privé donnaient les Caisses de Compensation. Tout employeur doit donc dorénavant s'affilier à une Caisse de Compensation et participer à la dépense des allocations familiales. Cette allocation est due au salarié qui a la charge de l'enfant.

A la campagne, cependant, l'action sociale de ces Caisses est, d'une façon générale, beaucoup moins développée que celle des Caisses de Compensation fonctionnant dans les villes. Il n'existe d'ailleurs que quelques caisses agricoles de compensation. Elles sont en très petit nombre, localisées dans les régions de

grande culture. En dehors des allocations familiales qu'elles versent pour l'entretien des enfants, elles ont assez souvent institué des primes de naissance. Mais cette initiative, dont on ne peut que souhaiter la généralisation, est encore trop rare à la campagne pour que nous puissions consacrer à cette forme de leur activité une étude particulière.

Tels sont, dans l'ensemble, les aspects, les caractères et l'application pratique de l'effort officiel et de l'effort privé, qui, dans nos campagnes, concordent pour favoriser l'allaitement au sein maternel.

Nous avons vu les résultats qu'il faut attendre des mesures officielles.

Quant aux œuvres privées, elles sont des plus intéressantes, elles doivent être développées dans les milieux ruraux, par une coordination étroite avec l'action des Caisses d'Assurances Sociales. Elles peuvent permettre de combler des lacunes et, en fournissant à la mère qui nourrit des primes rémunératrices, en faire la *nourrice payée de son enfant*, par là encourager cet allaitement au sein maternel, trop délaissé aujourd'hui par la paysanne qui travaille.

L'aide pécuniaire n'est pas seule capable d'agir. Il faut, avant tout, que la mère comprenne combien la santé même de son enfant exige qu'elle lui donne le sein. C'est là l'objet de la vulgarisation de la puériculture.

II

VULGARISATION DE LA PUERICULTURE

Cette vulgarisation, ayant à sa base le principe de l'allaitement maternel, peut être conçu de deux façons :

Agiront, en effet, auprès de la future maman ou de la jeune accouchée, ceux qui l'assistent habituellement, médecin, sage-femme, infirmière-visiteuse. Ils

conseillent la mère à son domicile ou lors de ses visites aux Consultations prénatales ou de nourrissons. Ces dernières sont la condition d'une protection maternelle et infantile efficace ; nous verrons que leur existence et leur multiplication dépend d'une coordination suffisante de l'effort privé et de l'effort public.

Interviendront, d'autre part, des moyens éducatifs indirects :

— Enseignement de la puériculture donné dès l'enfance et l'adolescence, par des intermédiaires, instituteurs par exemple ;

— Méthodes publicitaires, diffusant auprès des masses populaires des directives simples.

Dans les campagnes, la dissémination des villages et le défaut de groupement de la population, constitueront des obstacles matériels aux œuvres chargées de l'enseignement, de la surveillance, de la distribution des secours. Pour réussir, l'œuvre puéricole devra garder un caractère plus régional que local.

Enfin, on devra compter avec les usages, les coutumes, les traditions ou les préjugés, si vivaces chez le paysan français resté individualiste, si variables aussi d'un village à l'autre, d'une région à l'autre. Rien ne sera plus efficace pour lutter contre l'ignorance et la routine que l'appât d'une rétribution compensatrice.

Rapprocher des œuvres les mères, leur faire comprendre la nécessité et l'utilité de ces œuvres, et, en ménageant l'amour-propre des paysannes, leur donner plus de conseils que de critiques, sera le premier acte utile puisqu'il permettra souvent de tenter l'essai de la bonne méthode.

Sans la loi, mais avec l'ardeur de persuasion nécessaire, on obtiendra que la mère, de son plein gré, consente à allaiter, en faisant son éducation, en lui apprenant que son devoir et son intérêt, en même temps que l'intérêt de son enfant, sont de le nourrir.

1) VULGARISATION PRATIQUE DE LA PUÉRICULTURE

a) Nous étudierons tout d'abord ici, dans leur rôle de conseillers, le *médecin*, la *sage-femme*, la *visiteuse d'hygiène infantile*.

Assistants les plus immédiats de la jeune mère, ils ont la mission de défendre l'enfant en veillant à la mise au sein maternel, et par la suite en guidant et encourageant la femme dans cette voie.

Dans les campagnes, le *médecin de famille* est encore le plus apte à lutter contre la routine et l'ignorance. On le consulte vers le septième ou huitième mois de la grossesse sur la question de l'allaitement. Ses conseils et son autorité montreront le danger de l'envoi en nourrice, les difficultés de l'allaitement artificiel précoce. Auprès des mères, il fera surtout valoir les arguments santé et hygiène, qui commandent cet allaitement au sein. A l'action du médecin, bien des campagnes doivent aujourd'hui de ne pas avoir, à ce point de vue, une situation trop défavorable. Par ses efforts, bien des progrès régionaux ont pu se réaliser.

Dans cette lutte contre les préjugés, contre l'action souvent néfaste de l'entourage, les médecins devront trouver dans les *sages-femmes* des auxiliaires précieuses. Elles auront en particulier à lutter contre l'influence malfaisante des matrones. Mais il faut augmenter leur nombre. Presque partout, en effet, dans les campagnes, la seule pratique des accouchements, dont les médecins se chargent de plus en plus, ne peut leur assurer des conditions matérielles convenables. Aussi a-t-on le plus grand intérêt à les utiliser, sous certaines conditions administratives, et moyennant des indemnités fixes, dans la protection maternelle et infantile. C'est le projet Brisac-Mossé, qui prévoit, pour les sages-femmes exerçant à la campagne, un stage dans une école de puériculture. Certains départements favorisent cette collaboration aux consulta-

tions de nourrissons et de grossesse. La formation de ces visiteuses sages-femmes ne doit pas susciter une concurrence aux infirmières-visiteuses, mais permettre une collaboration dans les milieux où l'une et l'autre pénètrent.

Quant à l'*infirmière-visiteuse*, elle exerce une action de prévoyance, surveillance et protection continue, en dehors de la direction technique, réservée, bien entendu, au seul médecin. Cette action de la visiteuse peut s'étendre à la durée de la grossesse et à l'ensemble de la première année. Précocement, elle insiste sur la nécessité de garder l'enfant, de l'allaiter au sein; elle renseigne la femme sur les lois de protection maternelle, la met en relation avec les œuvres utiles, lui conseille de suivre une consultation de nourrissons.

Par ailleurs, elle joue un rôle de monitrice d'hygiène et, sans avoir à donner avis médical ou soins, exerce des fonctions nettement distinctes de celles du médecin et de la sage-femme. C'est un rôle difficile qui demande beaucoup de tact. Déjà important dans les consultations de nourrissons et le contrôle de la loi Strauss, il s'est considérablement développé depuis la loi des Assurances Sociales et les œuvres de protection infantile nouvelle qu'elle a suscitées.

L'infirmière-visiteuse qui, dans le cadre rural, doit être polyvalente, avoir des connaissances suffisantes en puériculture et de préférence un diplôme d'Etat, est donc un des meilleurs agents d'encouragement à l'allaitement maternel.

Malheureusement, elle est très peu répandue encore dans les campagnes. Quelques-unes sont signalées en Bretagne, en Bourgogne, en Auvergne, dans le Médoc, le Limousin, l'Alsace et la Lorraine; de même, elles sont rares en Normandie et en Touraine. Une situation matérielle suffisante permettra seule de constituer un corps d'élite de visiteuses rurales, assez nombreuses pour protéger efficacement l'enfant des

campagnes et propager, comme il devrait l'être, chez les paysannes, l'allaitement maternel.

b) *Les Consultations prénatales et les Consultations de Nourrissons.*

Elles vulgarisent la puériculture et assurent, par ailleurs, une surveillance médicale, insuffisamment répandue encore, dans les campagnes.

Aux *consultations prénatales* et en dehors des conseils indispensables aux femmes enceintes, le principe de l'allaitement maternel sera posé. Dans les milieux ruraux, les échecs de telles tentatives ont été trop fréquents; la raison en est la dispersion des villages ou leur faible taux de population. Des essais de consultations ambulantes n'ont pas eu grand succès et ont provoqué l'hostilité des médecins locaux.

Dans la surveillance de la femme enceinte et la vulgarisation de l'allaitement maternel à la campagne, il semble donc nécessaire d'utiliser, avant tout, les rouages existants et d'avoir recours directement au médecin de l'endroit, à son défaut à la sage-femme du village. Plus tard, le développement des Assurances sociales parmi les paysans aura pour résultat un développement parallèle de ces consultations, conforme aux prescriptions de surveillance anténatale prévue dans l'article 9 de l'Assurance maternité.

Les Consultations de nourrissons ont, par contre, été développées en milieu rural. On les a multipliées de façon à éviter aux mères les déplacements, fatigants et onéreux, rendus difficiles par l'absence de communications.

C'est là que les jeunes mères peuvent recevoir, non seulement dans les jours qui suivent l'accouchement, mais encore pendant de longs mois, des conseils sur la façon d'alimenter les nourrissons et leur appliquer une hygiène rationnelle. On y encourage l'allaitement au sein et, en particulier, l'allaitement maternel, mais en le surveillant médicalement.

Il faut, dans tous les cas, que les enfants soient pré-

sentés peu après la naissance, quand la mère les allaite encore ; il n'en est pas toujours ainsi, lorsque de mauvais conseils ou une technique défectueuse ont, sans raison suffisante, fait instituer le biberon.

Suivie à la consultation, la mère corrigera les fautes d'hygiène, saura utiliser le pèse-bébé, comprendra l'importance de ce qu'on lui inculque et, par émulation, deviendra elle-même une propagandiste de l'allaitement au sein.

Enfin, le dispensaire assurera directement le service des allocations et primes d'allaitement aux bénéficiaires.

Mais, à la campagne, les conditions de vie, si différentes de celles de la ville, et le peu de densité de la population, imposent la visite au domicile même de l'enfant, complément nécessaire de la consultation. Rares, en effet, sont les femmes de bon vouloir qui s'y rendent spontanément, et souvent avec un enfant malade et dystrophique. Pour atteindre le plus grand nombre, on devra aller aux mères jusque dans les fermes isolées et les métairies souvent espacées où elles habitent. Aussi faudra-t-il adjoindre aux Consultations, des visiteuses ou assistantes sociales, dont nous avons vu le rôle important.

En 1933, il y avait en France 4.576 consultations de nourrissons. Mais il faut avouer que les consultations rurales sont la minorité.

Des initiatives ont été prises par les Œuvres privées en Lorraine, dans l'Aisne, le Médoc, le Var, la Somme, l'Hérault. Des dons charitables ont facilité leur tâche auprès des mères. C'est difficilement, cependant, qu'elles atteignent la population rurale environnante. Mais partout où leur action est signalée, il y a une augmentation de l'allaitement au sein, complet ou mixte. Chez les nourrissons bénéficiaires des Primes, les plus nombreux aux Consultations, la mortalité apparaît relativement faible.

Dans les « flots ruraux » de Seine-et-Marne, l'aide

à domicile est réalisée avec le concours de l'infirmière-visiteuse ; cette intervention est soutenue et appuyée par le Syndicat médical.

Cependant, ces consultations, ces œuvres qui vulgarisent la puériculture et favorisent l'allaitement au sein ne pourraient atteindre leur maximum d'efficacité si les efforts divers ne se coordonnaient pour réaliser une protection efficace de l'enfance.

Cette constatation déjà ancienne a entraîné une liaison étroite entre les services publics et les institutions privées. Les formules sont variables. Nous signalerons en *Alsace* l'existence de centres cantonaux de protection maternelle et infantile où participent l'autorité administrative, les associations de puériculture, les sociétés de Croix-Rouge. L'organisation départementale de l'*Oise* englobe les œuvres publiques et privées de la Maternité et de l'Enfance. En *Gironde*, la Fédération des œuvres de Protection de l'enfance compte la totalité des œuvres s'occupant de l'enfance sur l'étendue du département ; elle est présidée par le Préfet. Des infirmières-visiteuses dépendant de la Fédération sont mises à la disposition des œuvres et des médecins.

Dans les départements dépourvus de moyens d'action, l'administration doit créer elle-même les organismes chargés de la protection maternelle et infantile. Ce rôle peut être rempli en particulier par l'Office Départemental d'Hygiène Sociale, au moyen de centres de protection pourvus de visiteuses, dirigés par un médecin, comprenant, dans leur formule la plus simple, celle du centre rural, une consultation de nourrissons.

En juillet 1931, une circulaire ministérielle recommandait de poursuivre ces efforts de coordination et de lutte contre la mortalité infantile ; elle insistait sur le rôle des visiteuses en matière de contrôle des lois et de surveillance administrative.

Depuis la mise en vigueur de la loi sur les Assuran-

ces sociales, les liens entre institutions privées et organisations officielles ont été resserrés. La multiplication des œuvres destinées au contrôle obligatoire des assurées au titre maternité ne peut qu'être utile à la vulgarisation de la puériculture et doit donner une impulsion certaine à l'allaitement maternel.

Les Caisses Primaires ont, en effet, utilisé au maximum les œuvres à caractère médical pour l'application des mesures préventives et curatives de la loi dans ses chapitres maladie et maternité. Il est dit, en effet, dans l'article 33, que les caisses peuvent utiliser leur solde à la création ou au développement des œuvres de maternité ou de l'enfance, en particulier les consultations. Ces efforts ont déjà été sensibles.

Des visiteuses apportent aux mères des carnets de grossesse et d'allaitement qui permettent de vérifier la présence des assurées et femmes d'assurés aux consultations. Ces dernières, au titre de consultations prénatales ou de nourrissons, ont été multipliées, obligatoires pour les bénéficiaires de la loi et accessibles aux autres. A la campagne, nous ne cesserons de le répéter, toutes les vigilances doivent s'appliquer, tous les efforts doivent être poursuivis. Une organisation, où existe une liaison étroite entre les organismes privés et les Caisses Primaires, rend possible une protection infantile efficace. Mais peu de départements encore possèdent ce « faisceau unique ». Nous signalerons, en Gironde, « la Fédération girondine des Œuvres de Protection de l'Enfance », dans les Bouches-du-Rhône « la Fédération des Œuvres de Consultations prénatales et de nourrissons » ; dans la Drôme « la Section Départementale du Comité National de l'Enfance » ; dans le Rhône, « la Fondation Franco-Américaine » ; dans la Meurthe-et-Moselle « l'Office d'Hygiène Sociale ».

Il est hors de doute que l'allaitement maternel bénéficiera des efforts sociaux à venir, mais tant que les Assurances Sociales resteront, dans les campagnes,

limitées au petit nombre, il ne pourra y avoir un effort général suffisant pour que se créent, avec les subventions nécessaires, des œuvres de vulgarisation nouvelles.

2) VULGARISATION INDIRECTE DE LA PUÉRICULTURE

L'enseignement des notions de puériculture, la tradition nécessaire de l'allaitement au sein, peuvent être diffusés de multiples façons.

a) Tout d'abord, dès l'école. Des leçons théoriques ont, depuis 1920, été prévues au programme des écoles primaires et supérieures. En 1923, cette initiative a été étendue aux écoles primaires élémentaires, touchant ainsi un grand nombre de jeunes filles. Cet enseignement n'aura de valeur réelle que si des démonstrations pratiques le complètent. Enseigner des fillettes sur le devoir des mères est une question de tact, mais la leçon prendra surtout sa valeur de la conviction des maîtres. Ceux-ci doivent être les premiers convaincus de la nécessité de l'allaitement maternel et de sa possibilité. Il faudra donc pour préparer cet enseignement à l'école primaire et supérieure établir un enseignement antérieur dans les écoles normales d'instituteurs et d'institutrices.

b) La multiplication des cours de puériculture, fréquentés par les jeunes filles, permettra leur participation aux œuvres de l'enfance. Comme exemple, les cours de « L'Entr'aide des Femmes Françaises » et ceux de « L'Ecole Centrale de Puériculture », suivis par de nombreuses jeunes filles, consacrent les bienfaits de l'allaitement au sein, en dénonçant les inconvénients et les difficultés de l'allaitement artificiel.

c) La Presse et, surtout dans les agglomérations agricoles, les petits journaux locaux, pourront faire œuvre utile en montrant, par des chiffres et des exemples, la nécessité de l'allaitement maternel.

d) La vulgarisation pourra enfin être réalisée par des conférences populaires, faites quand cela sera utile et possible dans le langage local coutumier, et accompagnées de projections. La T.S.F. permettra une diffusion très grande, dans les foyers ruraux, de conseils simples, sûrs et précieux. L'éducation par le film, dont le Professeur Devraigne a fait des réalisations fort intéressantes, ne sera pas négligée. Il ne faut pas oublier enfin les méthodes publicitaires, pratiquées par affiches, tracts, timbres.

Cependant, aussi divers, ingénieux et fermes que soient sous leurs divers aspects ces efforts de vulgarisation, leur action à la campagne ne saurait remplacer la leçon directe des praticiens, la fréquentation des Consultations et surtout la distribution de primes. Ils serviront néanmoins à faire, par avance, l'éducation de la future mère, et plus tard à la décider à tenter un essai loyal d'allaitement, ce qui, en cette matière, est un fait essentiel.

III

MESURES D'INTERET GENERAL

Une campagne efficace en faveur de l'allaitement maternel ne peut se concevoir sans l'appui de certaines mesures, indispensables, d'intérêt général. Ces mesures faciliteront l'action des efforts pécuniaires et éducateurs en plaçant le nourrisson dans les meilleures conditions d'élevage.

1° La question du bien-être paysan semble jouer ici un rôle primordial. Trop fréquemment encore, à la campagne, la misère et le taudis contraignent la mère à travailler hors de chez elle, créent la difficulté de l'allaitement au sein et ne permettent même pas la conduite correcte de l'allaitement artificiel. Dans l'atmosphère sans hygiène d'un logis sale et surpeuplé, se développe le péril infectieux encore plus re-

doutable pour l'enfant privé du sein. Rougeole, coqueluche, grippe s'aggraveront facilement. Les enquêtes ont témoigné que, de nos jours encore, l'habitation rurale insalubre se rencontre trop fréquemment et dans trop de régions, notamment en Bretagne, dans les Vosges, les Hautes et les Basses-Alpes, la Dordogne, le Poitou, le Berri, l'Auvergne. La proximité des fumiers, l'absence d'écoulement des eaux usées, la contiguïté des étables, la pollution de l'eau potable, constituent autant de dangers.

Il y a donc une véritable politique du logement à pratiquer dans nos campagnes. L'amélioration du logis rural, conformément aux exigences de l'hygiène, facilitera grandement l'allaitement maternel et l'élevage rationnel de l'enfant.

2° La question de l'alimentation des nourrices, comme l'enquête l'a démontré, semble liée dans certains cas à la qualité du pain actuel. Aussi convient-il d'instituer une campagne énergique pour que s'imposent un meilleur choix de farines et une panification plus parfaite. La lutte contre l'abus du vin, particulièrement signalée dans les régions vinicoles où l'excès de boisson contribue à l'appauvrissement des fonctions maternelles, sera de même poursuivie avec ténacité.

3° Contre les causes sociales qui, dans les campagnes, entraînent l'abandon du sein, il semble possible de réagir. Si le travail de la femme est devenu nécessaire pendant la guerre et après la guerre, il est trop souvent passé, même sans obligation absolue, dans la courante pratique. D'où l'abandon du foyer par la femme. Dans la lutte entreprise pour remédier à cet état de choses, l'institution de primes d'allaitement importantes, surtout depuis les Assurances Sociales, apparaît comme l'un des facteurs prépondérants de succès.

Encouragée et protégée, la mère, partout où des

œuvres ont été créées, a pu reprendre complètement ou partiellement sa place au foyer, au grand bénéfice de l'enfant. Mais il faut, répétons-le, que le service des allocations soit étendu à un plus grand nombre de participants, et que les retardataires s'inscrivent aux Assurances.

Le travail de la femme sera rendu moins pénible par tout ce qui augmentera son bien-être. Par ailleurs, l'octroi possible au père de salaires basés en partie sur l'importance des charges de famille constitue l'un des moyens d'une lutte qui prête à toutes les initiatives et dont les effets, déjà, s'affirment très sensibles.

4° Un important effort d'éducation permettra de réagir contre la crise morale actuelle, issue bien souvent des nouvelles conditions de la vie et qui, en sévissant à la campagne dans les divers milieux, entraîne, avec la baisse de la natalité, un abandon croissant du sein. Tout ce qui peut être édicté en faveur de l'allaitement maternel sera inopérant si les mères ne sont pas convaincues que cet allaitement est à la fois un devoir pour elle et un bien pour l'enfant. Notons ici une suggestion d'un médecin de Corrèze qui propose de créer, dans l'esprit des prix Cognacq, une récompense pour les mères qui auraient nourri exclusivement au sein une nombreuse famille, cela indépendamment des conditions sociales et de la situation de fortune.

Ce qui s'impose, c'est que toutes les forces qualifiées du pays s'accordent pour concourir à un redressement qui, s'il était retardé, se ferait de jour en jour plus difficile. Nous nous garderons bien, d'ailleurs, de conclure dans le pessimisme. La situation, si mauvaise qu'elle apparaisse en certains endroits, ne doit pas être considérée comme impossible à redresser. L'esprit moderne a la compréhension très vive des nécessités sociales. Le mouvement général qui se développe pour améliorer les conditions de la vie hu-

maine ne saurait négliger ce point de départ qui est la première phase de l'existence. L'allaitement au sein maternel est un ordre de la nature que l'on ne contredit point sans dommage. Le lait des mères fait la vitalité des races.

CONCLUSIONS

De cette étude sur la mortalité infantile et la situation présente de l'allaitement maternel dans les campagnes, nous avons tiré des conclusions que nous résumerons de la façon suivante :

I. — La mortalité de l'enfant de la campagne, en sa première année, aussi forte et parfois plus forte que celle de l'enfant des villes, est due, surtout pour les premiers mois, au péril alimentaire. Ce péril, dans la majorité des cas, tient à la privation du sein maternel.

II. — En 1935, dans toutes les provinces et grandes régions de peuplement de France, on observe une diminution croissante de l'allaitement au sein. Cette diminution est signalée particulièrement dans la vallée du Rhône, le Béarn, la Provence, le Bassin Parisien. Seules, la Normandie, le Maine et l'Anjou marquent une situation plutôt favorable.

L'abandon de l'allaitement maternel est déterminé par trois ordres de causes essentielles :

Agalactie ou hypogalactie. Au contraire des conceptions classiques, l'agalactie et l'hypogalactie semblent atteindre à la campagne un taux élevé. Cette diminution de la sécrétion lactée chez la paysanne paraît être la cause dominante de l'abandon du sein, là où cet abandon semble le plus marqué.

Travail de la Paysanne. Très dur depuis la guerre, le travail, ou bien interdit à la mère de s'occuper de l'enfant suffisamment, ou bien entraîne une fatigue susceptible d'influer sur la sécrétion lactée.

Causes d'ordre moral ou psychologique. Elles s'expliquent, en partie, par les transformations sociales actuelles, par les conditions changées de la vie moderne.

III. — Peuvent actuellement lutter contre cet abandon du sein maternel à la campagne :

1° *L'aide pécuniaire aux mères qui nourrissent.*

a) *Initiative publique :*

Les primes municipales étendues au plus grand nombre, grâce aux décrets-lois de 1935, et dont, par les mêmes décrets, le contrôle se trouve utilement renforcé. Mais, pourtant, leur taux reste encore trop minime pour compenser un salaire et en faire un encouragement décisif.

Les primes d'allaitement versées par les Caisses primaires des Assurances Sociales sont très appréciées, mais pour qu'elles aient une action réelle à la campagne, il faudrait :

— que les femmes des assurés obtiennent le bénéfice de ces primes ;

— que la révision et la précision du texte douteux de la loi en étende l'octroi ;

— et surtout que le développement des Assurances Sociales agricoles ne limite plus au petit nombre les bénéfices de la loi, qui perd actuellement une grande partie de sa portée dans les campagnes.

b) *Initiative privée :*

L'initiative privée a réalisé des efforts intéressants avec les Mutualités Maternelles et quelques Caisses de Compensation agricoles qui encouragent l'allaitement maternel.

Mais ces efforts restent très limités et la paysanne est, à ce sujet, très désavantagée par rapport à l'ouvrière. Une action dans la voie du développement de ces œuvres doit être encouragée.

2° *La vulgarisation de la Puériculture*, assurée directement par le médecin, la sage-femme et l'infirmière-visiteuse est également réalisée dans les Consultations prénatales et de nourrissons.

Mais ces consultations sont encore peu nombreuses dans les campagnes, où elles trouvent parfois des difficultés pratiques d'application. La coordination des œuvres privées, des œuvres publiques et des Caisse d'Assurances Sociales peut en étendre considérablement le nombre et la portée, tout en organisant le contrôle des Primes.

Contre certaines traditions locales et l'ignorance, trop obstinées encore, la vulgarisation indirecte de la puériculture, par l'enseignement au village, les méthodes publicitaires, le film, mériterait d'être poussée davantage; elle ne peut, en effet, dans l'ordre présent des choses, lutter avec efficacité contre les erreurs d'interprétation que peuvent entraîner chez les paysannes les moyens publicitaires massifs mis en œuvre par les entreprises de laits du commerce.

3° *Ces efforts n'auront leur plein effet que si l'on réagit fortement contre les causes de l'abandon du sein révélées par l'enquête :*

— en poursuivant la lutte contre le taudis et, d'une façon générale, en facilitant le travail de la femme par l'augmentation du bien-être au foyer ;

— en instituant une politique alimentaire ayant pour but d'améliorer le pain en général, de déterminer les régions où sévit une nourriture imparfaite ou carencée, de combattre l'alcoolisme ;

— en luttant contre la crise morale actuelle, facteur de dénatalité ;

— enfin, l'assistance pécuniaire, mieux répartie, pourrait, dans les campagnes, encourager puissamment les mères à nourrir elles-mêmes leurs enfants.

La mortalité infantile sera d'autant plus réduite à la campagne que s'y marquera davantage le retour à l'allaitement maternel.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLEUL (L.). — Ce qu'il faut penser des contre-indications de l'allaitement maternel. *Thèse*, Paris, 1908-1909.
- BENET. — Quelques considérations sur la puériculture à la campagne. *Thèse*, Toulouse, 1909-1910.
- BONVOISIN. — Les allocations familiales en agriculture. Conférence faite le 15 décembre 1925 à la Société d'Economie Sociale. (Imprimerie Pauc, 1925).
- BOSCHER (Fr.). — A propos de la puériculture (historique). *Thèse*, Toulouse, 1913-1914.
- BUGEAU (G.). — La prime d'allaitement. *Thèse*, Lyon, 1919-1920.
- CAUCHOIS (A.). — Démographie de la Seine-Inférieure. Lainé, à Rouen, 1929.
- COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE. — Conférence de l'Assurance Maternelle, juin 1932. — Congrès International pour la Protection de l'Enfance, 4-9 juillet 1933. — Conférence annuelle, 1934.
- COUTURIER (M.). — Modifications apportées par les nouveaux décrets-lois en matière de protection de l'enfance. — Comité National de l'Enfance, 1936.
- CRUVEILHIER (Louis). — Mortalité infantile à la campagne. *Revue Philantropique*, tome XXX, n° 175. — Mortalité infantile et taudis. *Le Nourisson*, septembre 1931. — Le taudis dans les agglomérations rurales. *Revue philantropique*, 15 août 1913.
- CRUVEILHIER et FRENKEL. — Les municipalités et la défense contre la mortalité infantile. *Maman*, 10 juin-10 août-10 septembre 1932.
- CRUVEILHIER et PIGOT. — Droits reconnus aux mères par la loi des Assurances Sociales et les lois de protection maternelle et infantile. *Revue philantropique*, 15 septembre 1931.

- CRUVEILHIER (L.) et D'HAUSSONVILLE (M^{lle}). — Protection de l'enfant de la campagne en France. Association internationale pour la protection de l'enfance. *Congrès de Bruxelles*, 25-29 juillet 1935.
- DEBRÉ (R.), JOANNON et CRÉMIEUX-ALCAN (M^{lle}). — La mortalité infantile et la mortinatalité. *Paris-Masson*, 1933.
- DUPIN (F.). — La dépopulation française. — *Thèse*, Toulouse, 1920-1921.
- DURU (E.). — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.
- FLORENTIN (M.). — Mortalité infantile, dans une région agricole qui se dépeuple (Langres). *Thèse*, Nancy, 1911-1912.
- GODLEWSKI (H.). — L'alimentation de l'enfant à l'Assemblée française de médecine générale (juin-juillet 1934). *Gazette des Hôpitaux*, 21 juillet 1934.
- HURTADO (M^{lle} de). — La protection maternelle et infantile. *Pages Documentaires*, avril-mai 1933.
- LEREBoullet (P.). — Des meilleurs moyens d'encourager et de développer l'allaitement maternel. *Le Nourrisson*, juillet 1928, p. 193, septembre 1928, p. 267.
- LEROY (A.). — Mortalité infantile dans la Sarthe. *Thèse*, Paris, 1922.
- LESAGE (A.). — Voir *Traité d'Hygiène Sociale*, de L. Martin et Brouardel. Tome XXII. — Rapports à l'Académie, 1933 à 1935.
- LESAGE (A.) et CRUVEILHIER (L.). — Hygiène alimentaire des nourrissons nés et vivants dans les milieux ruraux. Rapport au XX^e Congrès d'hygiène, Paris, Institut Pasteur, 21 au 28 octobre 1935.
- LESAGE (A.) et CRUVEILHIER (L.). — Enquête sur l'allaitement maternel à la Campagne. Académie de Médecine, séance du 12 mai 1936.
- LESAGE (A.) et MOINE (M.). — Etude générale de la mortalité de l'enfant de première année (Office national d'hygiène sociale et Comité National de l'Enfance).
- MARFAN (C.). — *Traité de l'allaitement*, Masson, 1930.
- MONTREUIL-STRAUS (G.). — La lutte contre la mortalité infantile, *Poinat*, 1926.
- ROUX-DESSARPS (A.). — La protection de la mère et les Assurances Sociales. *Thèse*, Paris, 1933.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	1
CHAPITRE PREMIER. — <i>L'abandon du sein maternel et les périls mortels du premier âge</i>	5
I. — La mortalité infantile et ses causes à la campagne et dans les villes	5
II. — En milieu rural. Mortalité comparée des nourrissons au sein et au biberon.....	13
III. — Mortalité infantile en France et à l'Etranger.....	16
CHAPITRE II. — <i>L'enquête sur l'allaitement maternel dans la France rurale</i>	21
I. — Les éléments d'enquête.....	21
II. — Résultats de l'enquête.....	22
III. — Causes de l'abandon de l'allaitement maternel	30
IV. — Situation présente de l'allaitement maternel dans les diverses régions de la France.....	51
CHAPITRE III. — <i>Mesures réalisées ou réalisables en faveur de l'allaitement maternel, leur application actuelle au milieu rural</i>	77
I. — Aide pécuniaire aux nourrices.....	78
II. — Vulgarisation de la puériculture.....	91
III. — Mesures d'intérêt général.....	100
Conclusions.....	105
Bibliographie.....	109



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères

